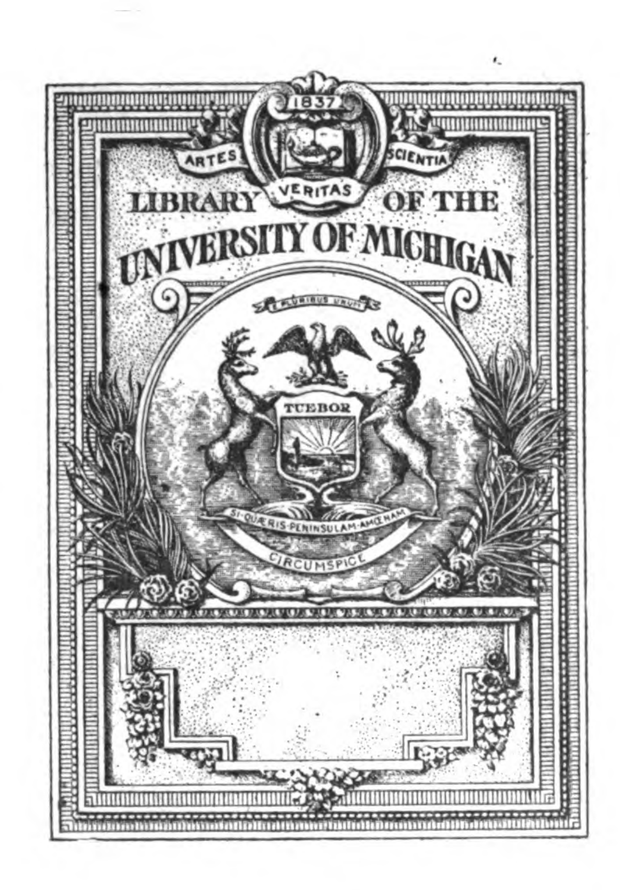
PAGE NOT AVAILABLE


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE




Digitized by Google

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BLEULER ZÜRICH, BONHOEFFER BERLIN, FISCHER WIESLOCH, KLEIST ROSTOCK, MERCKLIN TREPTOW A. R., PERETTI GRAFENBERG, STRANSKY WIEN

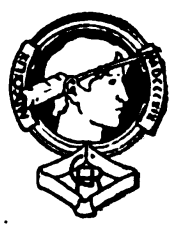
DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

VIERUNDSIEBZIGSTER BAND

NEBST EINEM BERICHT
ÜBER DIE PSYCHIATRISCHE LITERATUR IM JAHRE 1916

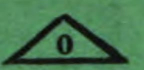
REDIGIERT VON
O. SNELL
LÜNEBURG



BERLIN
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1918







ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BLEULER BONHOEFFER FISCHER KLEIST MERCKLIN PERETTI STRANSKY
ZÜRICH BERLIN WIESLOCH ROSTOCK TREPTOW A.R. GRAFENBERG WIEN

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF.

VIERUNDSIEBZIGSTER BAND
1.—3. HEFT

AUSGEGEBEN AM 14. MÄRZ



BERLIN W. 10
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1918

Preis des Bandes von 8 Heften (6 Hefte Originalien und 2 Hefte Literaturbericht) 32 Mark.


eilanstalt Pützchen gegenüber Bonn am Rhein
Privat-Heil- u. Pflegeanstalt für Nerven- u. Gemütskranke der gebildeten Stände. 3 Ärzte.
Telefon № 229 Amt Bonn ... Dr. A. Peipers, leitender Arzt und Besitzer

Inhalt.

Erstes, zweites und drittes Heft.

Zur Erinnerung an *Heinrich Kreuser.*

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.





Kleinere Mitteilungen.

Viertes, fünftes und sechstes Heft.

Originalien.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.



Kleinere Mitteilungen.





Kreuser.

Unsere Zeitschrift und mit ihr die deutsche Psychiatrie hat einen neuen, schweren Verlust zu beklagen. Der Dezember 1916 nahm uns die Veteranen *Schüle* und *Pelman,* die in ihrer Jugend noch unter dem alten Roller und im Siegburg Jacobis gedient hatten, und zu denen auch wir Älteren verehrend emporschauten. Der Dezember 1917 raubte uns den noch in rüstigem Mannesalter stehenden, in voller Lebendigkeit und Schaffensfreude wirkenden Genossen und Mitstreiter *Heinrich Kreuser*, der bis zuletzt als Urbild blühender

Gesundheit und reifer Kraft gelten konnte. Dies Heft, das noch seinen Antrag zur Würzburger Tagung und in dem Aufsatz über Kriegspsychosen ein Beispiel dafür enthält, wie er auch in wissenschaftlichen Zusammenfassungen praktische Gesichtspunkte gegenüber theoretischen Erwägungen bevorzugte, schließt mit dem Nachruf auf ihn von der Hand seines Sohnes!

Wohl war *Kreuser* während des Krieges, der ihn zu rastloser Tätigkeit in und außer seinem Amte anspornte, zumal in dem knappen Frühjahr 1917 erheblich abgemagert, wohl hatte ihn im Mai der Heldentod eines innig geliebten Sohnes schwer erschüttert, aber seine Kraft schien ungebrochen, er arbeitete mit gleichem Eifer weiter, bewältigte die infolge Einziehung seiner Mitarbeiter zunehmende Last der Amtsgeschäfte und Sorgen wie sonst, und wenn er in letzter Zeit sich darauf freute, nächstens von seinem Amte zurückzutreten, so lag dem nicht Sehnsucht nach Ruhe zugrunde, sondern die frohe Aussicht, die Richtung seiner Tätigkeit dann nach eigener Wahl bestimmen zu können. Denn noch lockte ihn die Arbeit nach allen Seiten, seine tatkräftige Teilnahme galt außer psychiatrischen Zielen auch allgemeineren Bestrebungen im Dienste des Volkswohls und staatlichen Fortschritts. Traf ihn doch der Schlaganfall, der am Nachmittag des 19. Dezember sein Leben beendete, auf der Wanderung nach Waiblingen zu einer politischen Versammlung.

In ihm ist ein vorbildlicher Anstaltleiter und ärztlicher Berater seiner Kranken, ein treusorgender Familienvater, ein zuverlässiger Freund und wackrer Patriot und ein aufrechter, in sich selbst ruhender Mann von uns gegangen. Ehre seinem Andenken!

Unser Bild stammt aus dem Jahre 1915 und zeigt ihn schon ein wenig abgemagert, gibt aber die Grundzüge seines Wesens, die ruhige Besonnenheit, die klare Entschiedenheit, das leicht angeregte und doch tiefer gehende Interesse und die ehrliche Liebenswürdigkeit, trefflich wieder und wird seinen zahlreichen Freunden und Verehrern eine willkommene Erinnerung an den Dahingeschiedenen bleiben. *H. L.*

Störung der Assoziationsspannung ein Elementarsymptom der Schizophrenien.

Eine Hypothese.

Von

E. Bleuler, Burghölzli.

Die Schizophrenien bieten dem Verständnis so große Rätsel, daß man sie nicht recht in die Bilder der andern Psychosen einreihen konnte und ihnen deshalb in Beobachtung und Beschreibung unbewußt Symptome andichtete, die ihnen gar nicht zukommen; man sprach grundlos von Vernichtung der Affektivität oder, in Anlehnung an andere Formen von Blödsinn, auch hier von Ausfall der Erinnerungen oder von Orientierungsstörungen. Es mag deshalb nützlich sein, sich eine theoretische Auffassung ihrer Pathologie zu bilden, auch wenn man weiß, daß es sich nur um eine Hypothese handelt. Wir gewinnen dadurch einen einheitlichen Gesichtspunkt, von dem aus die Symptome übersehen werden können, und außerdem bestimmte Fragestellungen nicht nur auf dem Gebiete der Psychopathologie, sondern auch auf dem der Normalpsychologie.

Das vielen ganz Unverständliche war, daß es sich bei den verschiedenen Graden des schizophrenen Blödsinns nicht um dynamische oder extensive, sondern um numerische Abstufungen handelt. Der verblödende Schizophrene versagt nicht zuerst bloß in den schwereren Aufgaben und dann in immer leichteren, wie z. B. der organische, sondern er kann im Anfang schon bei einer ganz leichten Anforderung scheitern, aber dann auch auf einmal wieder gute, ja hervorragende Verstandesleistungen aufweisen; er kann heute schwer blödsinnig erscheinen, lauter Unsinn machen und morgen in seiner Familie als normal gelten, wobei das „heute“ unter Umständen Jahrzehnte dauern kann, und man kommt wohl der Wahrheit am nächsten, wenn man

sagt, der schwere schizophrene Blödsinn unterscheide sich vom leichteren dadurch, daß er häufiger versage.

Die Annahme, daß reparable organische Störungen das Wesen der Krankheit ausmachen, ist bei der launenhaften Inkonstanz der Symptome natürlich ausgeschlossen; es ist ja undenkbar, daß die schlechte Leistung der einen Minute jeweilen Zeichen eines vorgeschrittenen Krankheitsprozesses, die gute des folgenden Momentes Beweis einer Besserung sei. Dagegen zwingt diese Launenhaftigkeit mit Notwendigkeit eine andere Auffassung auf: definitiv ausgefallen ist keine Funktion; es handelt sich bloß um Erschwerungen, die manchmal überwunden werden, unter wenig geänderten äußeren oder inneren Verhältnissen aber eine bestimmte Funktion vollständig unmöglich machen.

Die Störung, soweit sie sich in den Symptomen ausdrückt, muß also eine reversible sein, und sie ist nicht nur von dem supponierten Krankheitsprozeß, sondern noch viel in die Augen springender von psychischen Einflüssen abhängig: der schwer Katatonische bekommt Besuch, er wird an ein Anstaltsfest genommen oder vor den Vormundschaftsrichter geführt und kann sich bei dieser Gelegenheit so gut benehmen, daß das Laienauge die Krankheit nicht mehr sehen kann; der Spiritus loci der Anstalten übt einen solchen Einfluß auf die Kranken aus, daß die äußeren Bilder von Ort zu Ort deutlich verschieden sind usw. Auch die Symptome selbst lassen oft den Charakter einer unheilbaren Geisteskrankheit vermissen; werden doch schleichende Schizophrenien sehr oft jahrelang als Neurosen verkannt.

Bekommt so die Schizophrenie ein Aussehen, wie wir es sonst nur bei funktionellen Krankheiten kennen, so finden wir, daß umgekehrt funktionelle Syndrome sich den schizophrenen nicht selten in auffälliger Weise annähern. Im Traume ist so ziemlich alles [1]) zu finden,

[1]) Wahrscheinlich am seltensten Körperhalluzinationen, ihnen ähnliche Traumsymptome sind meist nicht zentral bedingt, sondern richtige Empfindungen infolge peripherer Reizung (Schmerz, Druck auf einen Körperteil usw.), die in phantastischer Weise umgedeutet werden. — Die Unschärfe der Assoziationen im Schlafe soll sich auch an Tieren nachweisen lassen: reagiert ein Hund im Assoziations-Reflexexperiment nur noch auf einen bestimmten Ton mit Speichelsekretion, so reagiert er im Schlaf nicht nur auf diese, sondern auch auf ähnliche Töne (*Zeljony*, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 2, 1911, S. 1128).

was die Schizophrenien von subjektiven Symptomen bieten, und wenn der normale Wachende irgendwie absorbiert ist und daneben noch etwas anderes tut oder denkt, so haben diese Nebenhandlungen oft einen Charakter, der sich vom schizophrenen nicht unterscheiden läßt. Gehen wir der Genese der schizophrenen Symptome auf den Grund, so finden wir nirgends etwas prinzipiell Neues, sondern immer nur Übertreibungen von Mechanismen, wie sie bei Gesunden beständig in Tätigkeit sind.

Auffällig sind auch bei chronischen Schizophrenien die geringfügigen anatomischen Veränderungen, die dem schweren Krankheitsbilde nicht zu entsprechen scheinen, besonders wenn man vergleicht, wie wenig Symptome oft bei organischen Psychosen eine Verkleinerung des Gehirns um 100 g und mehr macht.

So ist es verständlich, daß man immer wieder zweifelt, ob denn die Schizophrenien nicht rein funktionelle Krankheiten seien, daß *Freud* und einzelne seiner Schüler die Frage in positivem Sinne beantworten und daß auch Psychiater, die eine solche Ansicht im allgemeinen für falsch halten, zu denen der Verf. gehört, annehmen, es sei möglich, ja wahrscheinlich, daß der jetzige symptomatologische Begriff der Schizophrenie neben der Hauptmasse organischer Krankheiten auch Psychosen in sich schließe, die rein funktionell erzeugt, aber mit unsern jetzigen diagnostischen Mitteln nicht von den andern zu unterscheiden sind.

Sind also die Schizophrenien nicht Ausfallspsychosen wie die organischen im strikten Sinne, die Paralyse, die senilen Formen usw., was sind sie denn? Andern Orts [1]) glaube ich nachgewiesen zu haben, daß ihre in die Augen springenden Symptome fast alle sekundär sind, d. h. auf einer noch nicht genau erforschten Grundstörung als Reaktion normaler Mechanismen entstehen. Am nächsten schien der Grundstörung die schizophrene Assoziationsart mit ihrer Lockerung der assoziativen Affinitäten zu sein, und es war denn auch möglich, die meisten übrigen Symptome mit mehr oder weniger großer Wahrscheinlichkeit davon abzuleiten.

Bei der schizophrenen Assoziationsstörung können die Begriffe von Vater und Mutter, die in ihrer Entwicklung ungeheuer verschieden von-

[1]) Schizophrenien in *Aschaffenburgs* Handbuch der Psychiatrie. Leipzig u. Wien, Deuticke, 1911.



einander sind und außer im Lichte der Zeugung gar nicht so viel Gemeinsames haben, so aufgelöst werden, daß sie ineinander verschwimmen. Die doch gewiß recht fest gefügte Assoziation des eigenen Namens, den man als Unterschrift setzt, zeigt sich bei einer Schizophrenen zerrissen, die schon die drei Buchstaben „Gra" hingesetzt hat, um „Graf" zu schreiben, dann aber durch die beiden Anlaute an „groß" erinnert wird und nun das a ausstreicht und den Namen zu „Groß" ergänzt. Ein Kalender ist ein Felsenverkauf (die Felsen sind kahl). Wenn „Epaminondas die Akropolis mit Kanonenbooten belagert hat", so ist entweder Epaminondas aus seinen assoziativen Verbindungen mit dem Altertum losgelöst und in die neue Zeit versetzt worden, oder die Kanonenboote sind ihres modernen Charakters entkleidet. Außerdem wird die Akropolis aus einer Landfestung zu einer Wasserfestung.

Ebenso zerrissen werden die logischen Zusammenhänge, die ja auch nichts prinzipiell anderes sind als die durch die Erfahrung erworbenen Verbindungen der Bestandteile, die die Begriffe zusammensetzen. Die Patientin kann den Boden nicht kehren, weil sie nicht Französisch kann. Der Schizophrene zerreißt die Kleider, weil der Wärter eine weiße Schürze trägt, benimmt sich asozial, damit er aus der Anstalt entlassen werde. Der Unsinn der Wahnideen und ihre logische Unzugänglichkeit ist bekannt. Auch die Zielvorstellungen und überhaupt alle komplizierteren Direktiven des Gedankenganges, die dem Normalen selbstverständlich sind, können hier versagen, so daß der Patient, der über seine jetzige Lage einen Brief nach Hause schreiben möchte, an Stelle desselben ein Durcheinander von Ideen über den Orient zu Papier bringt. Außerdem „verschieben" sich die Gedanken, indem auf einmal eine Idee für eine andere eintritt, Begriffe werden „verdichtet", indem Bestandteile aus mehreren zu einem unmöglichen Begriff zusammengeleimt werden; Gedanken und Symptome, die in einer bestimmten Lage gut begründet sind, werden auf alle möglichen Situationen ausgedehnt; die Gedankengänge entgleisen in die sonderbarsten Nebenassoziationen usw.

Die Widerstandslosigkeit des Assoziationsgefüges erlaubt aber nicht nur die Wirkung von Nebeneinflüssen, die für den Gesunden gar keine Versuchung bilden, wie der Übergang von „Zuckerstock" auf „Artischock" auf dem Wege der Klangassoziation; sie läßt natürlich den gewaltigeren Einflüssen der Affektivität einen besonders großen Spielraum. So sehen wir, daß Wünsche alltäglich für Realitäten genommen, daß affektiv schwer verträgliche Ideengruppen einfach voneinander abgesperrt werden, so daß sie gar nicht in logische Verbindung kommen, obschon sie nebeneinander existieren: der Patient ist der Sohn des Krämers Müller, aber zugleich der österreichische Kronprinz. Die ganze Persönlichkeit kann je nach gefühlsbetonten Komplexen gespalten werden. Über die so entstehenden „Sonderseelen" haben sich einzelne, die die Schizophrenie nicht genau angesehen haben, unnützerweise lustig gemacht. Seitdem hat aber der



intelligente Schizophrene ***Staudenmayer*** [1]) durch seine Selbstbeobachtung eine Illustration zu unserer Auffassung geliefert, die der genialste Dichter nicht klarer hätte schaffen können.

In den Wahnideen sehen wir bei der Paralyse einen Unsinn, der dem schizophrenen äußerlich ähnlich zu sein scheint. Doch sind Unterschiede vorhanden, wenn sie auch noch niemand gut formuliert hat. Vorläufig ist wichtig, daß von allen chronischen Psychosen nur die Schizophrenie andauernd die festen Begriffe auflösen und anders zusammensetzen kann.

Was ist nun diese Lockerung der Assoziationen?

Das Material, mit dem unsere Psyche arbeitet, läßt sich theoretisch unterscheiden: in die Engramme (der Name ist glücklich, weil er nichts präjudiziert) und ihre assoziativen Verbindungen. Die ersteren sind stabil [2]), die letzteren sind der variable Bestandteil und können folglich allein zur Erklärung schwankender Symptome in Betracht kommen.

Der Verbindungen unter den Engrammen sind verschiedener Arten.

1. Die wichtigste entsteht dadurch, daß zwei Erlebnisse, oder sagen wir beispielsweise die Vorstellung zweier Gegenstände, die nebeneinander oder nacheinander vorkommen, assoziativ miteinander verbunden werden. Dabei ist es gleichgültig, ob a und b schon vorher bekannt und erst nachträglich assoziativ verbunden wurden, oder ob a und b gleich beim ersten Erleben zusammen vorkamen. Das Wort „Apfel" ist mit der Vorstellung „Apfel" verbunden, weil beide oft zusammen wahrgenommen sind, die Vorstellung „Blitz" mit der Vorstellung „Donner", weil der letztere regelmäßig dem ersteren folgt. Die Verbindung ist also in diesem Falle ein Dauerzustand; durch bestimmte Erfahrungen wird „eine Assoziation gestiftet".

Daß diese Assoziation existiert, erkennen wir unter anderem daraus, daß sie ekphoriert werden kann; wird der eine Bestandteil der Assoziation wieder wahrgenommen, so kann dadurch der andere ins Bewußtsein gebracht werden: an den Blitz wird der Donner „assoziiert". Die Assoziation Blitz—Donner muß aber nicht statthaben; es kann z. B. an „Blitz" auch „Gewitter" oder „elektrischer Funke"

[1]) *Staudenmayer*, Die Magie als experim. Naturwissensch. Leipzig, Akad. Verlagsgesellsch., 1912.

[2]) Für unsere Zwecke; wir dürfen absehen von ihren Veränderungen unter dem Einfluß der Zeit und event. unter dem Einfluß neuer ähnlicher Erlebnisse.



assoziiert werden. Beim Normalen sind es in der Regel sinnvolle Verbindungen, die so gebildet werden, sinnvoll an sich, namentlich aber auch in bezug auf das Denkziel: an „Blitz" assoziiert man „Gewitter", z. B. auf einem Spaziergang, „elektrischer Funke" in der Physikstunde. Die durch die Erfahrung erworbenen Assoziationen verlaufen also ganz nach bestimmten Gesetzen: die Verbindungen sind aber fakultativ; von „Blitz" kann der Gedanke sowohl auf „Donner" wie auf „Funke" übergehen. Welche Verbindung im einzelnen Falle eintritt, bestimmt die Resultante der andern gleichzeitig vorhandenen Psychismen.

2. Das logische Denken ist nun entweder eine genaue Reproduktion früher erlebter oder eine Bildung analoger Verbindungen. Auch hier sind natürlich von der einzelnen Idee aus viele Wege möglich, und nach der gewöhnlichen Ausdrucksweise bestimmt die Summe der übrigen aktuellen Psychismen, die Konstellation im weitesten Sinne mit dem Denkziel, die Auswahl. Richtiger wird das tatsächliche Verhalten vielleicht so bezeichnet, daß nicht die einzelne Idee, sondern die Psyche in ihrer Totalität die Denkrichtung leite. Auch das Fortschreiten des Denkens von einem Begriff zum andern, von einer Idee zur andern, wird als Assoziation bezeichnet; es ist aber etwas ganz anderes als die Assoziation durch Zusammenerleben. Letzteres bedeutet Entstehung von Dauerzuständen, den assoziativen Verbindungen, die im Denken, der zweiten Assoziationsart, vorübergehend benutzt werden.

3. Eine dritte Art Verbindung der Psychismen untereinander wird dadurch erwiesen, daß in unserer Psyche (wie im Zentralnervensystem) jeder Vorgang alle andern, die nicht mit ihm zu einem gleichen Ziele zusammenwirken, hindert, die gleichsinnig strebenden aber bahnt[1]).

[1]) Das ist natürlich in seiner ganzen Kompliziertheit zu verstehen. Es kommt auch hier nicht auf die einzelne Idee an, sondern auf die ganze Psyche in ihrer Totalität. Wenn man über ein Problem schreibt, so gehört für gewöhnlich auch dazu, daß man sitzt; das Sitzen wird durch das Nachdenken nicht gehemmt. Man kann aber auch während des Nachdenkens herumgehen, ohne daß die beiden Handlungen sich stören; aber beide sind eben Ausfluß der aktuellen Psyche; denn wenn auch das Gehen sofort automatisch wird, so wird es doch mehr oder weniger willkürlich eingeleitet oder zum Aufhören gebracht. Es gibt auch Automatismen (eine Fliege verjagen), die von der Haupthandlung so wenig beeinflußt werden, daß man sie als unabhängig betrachten kann, usw.



Jeder Psychismus beeinflußt also alle andern, seien sie aktuell oder seien es nur Engramme, d. h. bloße Möglichkeiten zu andern aktuellen Psychismen.

Am auffallendsten wird diese Beeinflussung der ganzen übrigen Psyche durch eine aktuelle Funktion bei den Affektwirkungen, welche alle widersprechenden Vorgänge besonders stark hindern, die gleichsinnigen aber bahnen. Ein Spezialfall der Affektwirkung ist die Aufmerksamkeit, die in einer sehr genau bestimmten Weise gewisse Gruppen von Ideen und Tätigkeiten unter Ausschluß aller andern fördert.

Die Festigkeit der Erfahrungsassoziationen ist schon beim Normalen eine variable. Im Traum sind sie gelockert: es kann da fast alles an alles assoziiert werden; die festesten Konglomerate, wie z. B. einfache Begriffe, können in ihre Bestandteile zerrissen und zu neuen, phantastischen Gebilden zusammengesetzt werden; die Vorstellung bzw. Halluzination eines Tisches erhält Bestandteile, die nur einem Menschen zukommen; eine Palme kann Eigenschaften haben, die von Magenschmerzen herrühren (etwas Zackiges, Aufsteigendes); wie sehr der ganze Gedankengang des Traumes die Geleise der Logik verläßt, braucht nicht gesagt zu werden. Andeutungen dieser nämlichen Abweichungen finden wir aber auch unter andern Umständen, so wenn man sich einfach im Denken gehen läßt, wobei leicht Unmögliches, der Wirklichkeit Widersprechendes, Unsinniges produziert wird; und dann in Funktionen, die neben der Aufmerksamkeit ablaufen: wenn man von irgendeiner Arbeit, einem Gedanken absorbiert ist, entgleisen Nebenbeschäftigungen nicht so selten einmal in ähnlicher Weise; ebenso in einfacher Zerstreutheit.

Schlaf, Sich-gehen-lassen und Tätigkeit neben der Aufmerksamkeit, Zerstreutheit, haben nach unseren geläufigen und unwidersprochenen Vorstellungen das Gemeinsame, daß die aufgewendete Energie vermindert ist. Allerdings besitzen wir von einer „psychischen Energie" noch gar keine objektive Vorstellung; wir haben auch keine Möglichkeit, sie abzuschätzen oder gar zu messen, obschon die Begriffe der Energie und Kraft eigentlich subjektive sind und erst später auf physikalische Verhältnisse übertragen wurden. Sind wir uns aber auch klar, daß wir über die Natur dieser Dinge noch gar nichts wissen, so müssen wir doch das Etwas, das bei dem Übergang von Schlaf oder Sich-gehen-lassen zum



aufmerksamen Denken graduell variiert, in den Begriff der Energie unterbringen oder es demselben analogisieren. Dazu zwingt uns die Beobachtung der Abnahme der Leistungen unter den obengenannten Umständen, die Bedeutung der letzteren für die Erholung und das Anstrengungsgefühl und die Ermüdung, wenn man die Aufmerksamkeit anspannt und jene Zustände ausschließt.

Wird also Energie im obigen Sinne aufgewendet, so werden die Assoziationen in ihren Erfahrungsgleisen gehalten; läßt sie nach, so bewegen sie sich freier.

Man kann auch gelegentlich ein Unklarwerden der Begriffe konstatieren, wenn die Aufmerksamkeitsspannung aus andern Gründen nicht ausreicht, so, als ich kürzlich eine Arbeit über die kinetische Theorie der Materie las, in der mathematische Formeln und mir unbekannte Ausdrücke vorkamen, deren Bedeutung ich im Laufe der Lektüre erraten mußte. Die Darstellung war gerade an der Grenze meiner Auffassungsfähigkeit und erforderte maximale Anspannung der Aufmerksamkeit. Sobald ich mich ein wenig gehen ließ, entdeckte ich, daß ich die Tendenz hatte, mit ungenauen und schwankenden Begriffen zu operieren. Es ist mir wahrscheinlich, daß es sich im Effekt um etwas Ähnliches handelte wie im Traum und in der Schizophrenie (die infolge meiner mangelhaften Kenntnisse für mich unvollständigen Begriffe der Abhandlung sind natürlich nicht unklare Begriffe; ihre Lücken waren mir bewußt).

Am bequemsten stellt man sich die Assoziationsvorgänge unter dem Bilde einer elektrischen Anlage mit einer unübersehbaren Anzahl von Einzelapparaten zur Erzeugung von Licht, Röntgenstrahlen, motorischer oder chemischer Energie vor. Diese einzelnen Teile sind uns die Bilder der latenten Engramme; werden sie vom Strom durchflossen, so sind sie ekphoriert. Werden zwei Apparate zu gleicher Zeit oder unmittelbar nacheinander durchströmt, so entsteht dadurch zwischen ihnen ein Kontakt, aber nicht ein feststehender, sondern ein beweglicher, der aus- und eingeschaltet werden kann. Dieser Kontakt entspringt der Dauerassoziation (Assoziation der ersten Art). Die Assoziation kann je nach der Stellung der „Schaltung" des Kontaktes aktuell sein oder nicht: ist die Schaltung so gestellt, daß der Strom vom einen Apparat zum andern (vom Begriff „Apfel" auf den Begriff „Baum") geht, so entspricht das dem Vorgang der funktionellen Assoziation im Denken (der Assoziation der zweiten Art).

Je häufiger und je ausschließlicher zwei Apparate gleichzeitig durchflossen werden, um so schwerer beweglich wird der Kontakt



zwischen ihnen; er ist im normalen Denken sozusagen immer auf Verbindung gestellt, und es bedarf besonderer Kräfte, ihn vorübergehend auszuschalten. Solche feststehende Verbindungen halten die konkreten Begriffe zusammen, in denen die verschiedenen Engramme der sie bildenden Sinnesempfindungen durch Erfahrungsassoziationen verbunden sind. Doch sind auch da die Kontakte nicht absolut fest (der Begriff „Wasser" enthält manche andere Komponenten in chemischem Zusammenhange als im technisch-physikalischen; im Traume, im nachlässigen Denken kann, wie gesagt, auch der straffste Begriff unklar oder ganz gelöst werden). Wo verschiedene Wege von irgendeinem Engramm oder Engrammkomplex aus benutzt worden sind, fixieren sich die Schaltkontakte weniger (von „Blitz" kann man ebensogut zu „Elektrizität" wie zu „Donner" gehen), sie sind beweglicher. Am beweglichsten sind sie in den logischen Verbindungen, deren Mannigfaltigkeit ja unbegrenzt ist, wenn sie auch genau wie die Begriffskomplexe aus der Erfahrung stammen.

Man kann sich nun Mechanismen denken, die nur einzelne Schaltungen stellen, so wenn wir von „Blitz" auf „Donner" übergehen, was uns (nicht ganz zu Recht) als eine einheitliche Funktion erscheint, und andere, die einen großen Teil oder alle Schaltstellen beeinflussen. Solche allgemeine Schaltungen bewirken z. B. die Affekte, die alles bahnen, was ihnen entspricht, alles hemmen, was ihnen widerspricht; unsere Zielvorstellungen im geordneten Denken lassen nur diejenigen Assoziationen fungieren, die gleich gerichtet sind, und auch diese nur in bestimmter, durch Unterziele determinierter, zeitlicher Reihenfolge.

Ganz ausdrücklich möchte ich betonen, daß diese Parallele des psychischen Geschehens mit den Vorgängen in einer mit vielen Schaltern versehenen elektrischen Anlage gar nichts als ein Bild sein soll, das uns ermöglicht, einerseits mit konkreten und geläufigen Vorstellungen zu operieren, anderseits aber — und darin liegt die Notwendigkeit solcher Bilder — mit verständlichen Ausdrücken die Vorstellungen Andern zu bezeichnen.

Einige weitere Beispiele mögen die Bedeutung und die Natur der Schaltung noch genauer beleuchten:

Die ganze animalische Motilität wird im Schlaf und unter Umständen im Schreck, in experimentell-hypnotischen und schizophrenen, kataleptischen Zuständen ausgeschaltet. — Die Befangenheit oder Verwirrung, die



viele in ungewohnter oder schwieriger Situation befällt, aber zugleich mit dem Anlaß wieder schwindet, kann sich unter krankhaften Verhältnissen zum Ganser steigern, der nur in Anwesenheit des Arztes vorhanden ist, aber sofort normaler Überlegungsfähigkeit Platz macht, wenn keine Respektperson mehr da ist. Daß an der Wurzel des Ganserschen Zustandes noch irgendein Krankheitswunsch vorhanden sein muß, ist für unsere jetzigen Überlegungen ohne Bedeutung; wesentlich ist die plötzliche totale Beeinflussung des Denkens durch eine allgemeine Schaltung. — Wie sehr die Schaltfunktion in alle Details hinein regiert, zeigt unter anderem ein Versuch von *Aall*[1]), der gezeigt hat, daß, wenn man sich einstellt, etwas zum Zwecke der Reproduktion am nächsten Tage auswendig zu lernen, man es von übermorgen an schlechter im Gedächtnis hat, als wenn es mit der Absicht, es länger zu behalten, gelernt worden wäre. — Die Schaltung hat auch mit anatomischen Verhältnissen nichts zu tun. Schmerz z. B. ist nicht nur seiner Natur als Affekt nach, sondern auch, insoweit er Empfindung ist, offenbar recht diffus, vielleicht im ganzen Gehirn „lokalisiert"; nichtsdestoweniger ist er durch Suggestion oder durch Affekte nicht schwerer, sondern viel leichter „auszuschalten" als die übrigen Empfindungen.

Für die Schizophrenie ist besonders diejenige Schaltung wichtig, die die Komplexe abspaltet. Gewisse affektbetonte Ideen werden ein für allemal so geschaltet, daß sie mit vielen andern — oft dem ganzen Bewußtseinsinhalt oder mit der Persönlichkeit — nicht in logische Verbindung kommen können. So kann der Paranoide Krämersohn und Kronprinz, ein Mensch und ein Hund zugleich sein; er kann in vielen Beziehungen von irgendeiner erotischen Zuneigung beherrscht sein, ohne es zu wissen.

Das Bild der Schaltung läßt sich mit Nutzen recht weitgehend durchführen. Ihm entspricht eine der wichtigsten Funktionen, und zwar sowohl in der Physiologie der nervösen Zentralorgane wie in der Psychologie (die ja beide die nämlichen Gesetze haben). Schon die Reflexe werden hemmend und fördernd von nebenlaufenden andern Funktionen beeinflußt, und zwar in einer Weise, die nur als etwas der Schaltung ganz Analoges aufgefaßt werden kann; die meisten derselben wären ohne komplizierte Schaltungen gar nicht möglich. Wenn eine Rückenmarkkatze am Bauche gekitzelt wird, so schlägt der Schwanz nach einer Seite aus, und zwar nach rechts, wenn er links stand, und umgekehrt. Die kinästhetischen Stellungsreize schalten also den Reflexapparat so, daß er das eine Mal den Reiz in ganz andere Muskelgruppen „weiterleitet" als das andere Mal. Haben wir widersprechende Reize

[1]) *Aall*, Ein neues Gedächtnisgesetz. Ztschr. f. Psychol. Bd. 66, 1913, S. 1.



(sei es auf physischem oder psychischem Gebiet, handle es sich um Reflexe oder bewußte Strebungen), so arbeitet der Mechanismus niemals nach dem Gesetze des Parallelogramms der Kräfte, d. h., wenn man Grund hätte, sowohl nach Süden als auch nach Osten zu gehen, so resultiert daraus nicht, daß man nach SO geht, sondern man geht entweder nach S oder nach O — oder in keiner von beiden Richtungen. — Der Kampf der Strebungen ist ein Kampf um die Schaltungen; die stärkere Strebung stellt die Schaltung so, daß das Telegramm in der ihr entsprechenden Richtung abgeht[1]).

Anatomische Vorstellungen von der Schaltung macht man sich am besten nicht. Natürlich ist man versucht, an eine Art Synapsen zu denken; diese wären aber nichts Anatomisches, wie etwa die Verbindungen der einzelnen Neurone, sondern noch rein psychologische Begriffe: Kontaktstellen zwischen den Erinnerungsbildern. Eine eingehendere Erforschung der psychischen Funktionen ergibt genau das gleiche, wie die großartigen neuesten Untersuchungen *v. Monakows* über die Physiologie und Pathologie des Gehirns[2]), und zeigen eine recht diffuse, wenn auch gar nicht etwa anatomisch gleichgültige Lokalisation der einzelnen Funktionen. Ich nehme unbedenklich an, daß die nämlichen anatomischen Elemente an den verschiedensten Engrammen beteiligt sind. Ich glaube auch, daß gewisse Assoziationsverbindungen ein wesentlicher Bestandteil der Pseudoindividuen seien, die wir als Einzelengramme künstlich herausheben; denn diese werden nur im Zusammenhang mit andern erworben und haben nur in solchen Zusammenhängen eine Bedeutung; das Engramm einer einzelnen Sinnesempfindung oder eines einzelnen Begriffes hat wohl genau genommen gar keine individuelle Existenz. Die Assoziation von solchen Engrammen wird dann etwas ganz anderes als eine Drahtverbindung zwischen zwei Stationen; was sie dann aber sein soll, wissen wir nicht.

Daß eine „Schaltung" im gewöhnlichsten Sinne stattfinde, indem irgendein Verbindungsstück eingeschoben werde, ist natürlich ausge-

[1]) Von dem Kampf um die Schaltung wissen wir noch Genaueres; es handelt sich natürlich nicht um so einfache Verhältnisse. Doch genügt für die Zwecke dieser Arbeit die prinzipielle Festlegung durch das Bild des Telegramms.

[2]) *v. Monakow*, Die Lokalisation im Großhirn. J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1914.

schlossen, obschon auch schon solche Ideen geäußert worden sind. Es gibt nun aber verschiedene Tatsachen, die darauf hinzudeuten scheinen, daß es sich um irgendetwas handle, das man am ehesten den Veränderungen des Widerstandes an bestimmten Stellen vergleichen könnte. In Wirklichkeit sind nämlich die für unsere gewöhnliche Beobachtung ausgeschalteten Verbindungen doch nicht ganz undurchgängig; es ist mir unzweifelhaft, daß auch die „latenten" Engramme an dem Wesen unserer aktuellen Persönlichkeit teilnehmen — ich kann das hier nicht weiter ausführen —, jedenfalls aber kann die Mitwirkung auch eines ekphorierten Engrammes eine sehr verschieden starke sein. Es gibt also keine absoluten Abschlüsse, sondern nur größere und geringere Widerstände, die sich allerdings für gewöhnlich den Extremen sehr annähern. Auch der Umstand, daß Gifte irgendwie eine schaltende Wirkung ausüben können, ließe sich am besten dadurch erklären, daß sie die Widerstände in der einen Richtung herabsetzen und in andern verstärken, was bei den elektiven Eigenschaften der Nervengifte nicht befremden kann. Es können z. B. hemmende Reflexwirkungen durch Strychnin in erregende verwandelt werden; Reize, die unter Chloral gefäßerweiternd wirken, können unter Morphium verengernden Effekt bekommen und dergleichen [1]).

Statt an eine Veränderung des Widerstandes, die der Vorstellung von einer Art Synapsen zwischen den Engrammen entspräche, zu denken, könnte man auch einen Wechsel in der Erregbarkeit der Engramme selbst annehmen. Ich möchte zurzeit die letztere Vorstellung am meisten zur Diskussion empfehlen, glaube aber, daß, wenn wir die elementaren Hirnfunktionen genau kennen würden, der Unterschied zwischen Widerstand an den Berührungsgrenzen der Engramme einerseits und der ekphorischen Erregbarkeit derselben anderseits wegfallen würde, indem die beiden Varianten nur zwei Seiten oder zwei Auffassungen des nämlichen Vorganges sein könnten.

Übertragen wir nun die Beschreibung der Vorgänge beim normalen und traumhaften (schizophrenen) Denken in die vom Bilde der elektrischen Schaltanlage gewonnenen Ausdrücke: wird viel Energie auf das Denken gewendet, so sind die Schaltungen straff, so daß nur wenig von den Erfahrungsassoziationen abgewichen werden kann; im Schlafe aber besteht keine solche einseitige Richtung derselben; es ist, wie wenn sie gelockert wären und sich durch Zufälligkeiten nach allen Richtungen bewegen ließen. Die aufgewendete psychische Energie, die Aufmerksamkeit, unterhält also eine allgemeine Disposition der Kontakte, die wir einer Festigung, einer Spannung vergleichen können, die nur bestimmte Stellungen erlaubt; läßt die Spannung

[1]) Vgl. z. B. *Sherrington*, The integrative Action of the nervous system. Constable, London, 1909. S. 291.



nach, so bewegen sich die Kontakte nach allen Seiten und bewirken die ungewohntesten Verbindungen; namentlich aber bieten sie andern Einwirkungen, wie denen der Affekte, ungenügenden Widerstand.

In diesem Sinne können wir uns ausdrücken, daß im Schlaf die Schaltspannung vermindert wird.

Da wir die dem Schlaf eigentümliche Assoziationsart nicht von der der Schizophrenie unterscheiden können, dürfen wir mutmaßen daß bei der Krankheit etwas Ähnliches geschehe. Bei der Schizophrenie dürfen wir eine Verminderung der Schaltspannung annehmen, aber, der Natur der Krankheit entsprechend, nicht eine funktionelle, sondern eine, die direkte Folge irgendeiner chemischen oder anatomischen oder molekulären Hirnveränderung ist. Ob dabei die Kontakte mehr gelockert sind, so daß die spannenden Kräfte weniger fixierenden Erfolg haben, oder ob die letzteren geringer seien, ist offen zu lassen. Wesentlich ist bloß, daß die schizophrene Spannung nicht genügt, die Erfahrungsassoziationen aufrechtzuerhalten.

So wird es verständlich, wie eine organisch bedingte Krankheit die nämlichen Symptome machen kann wie eine funktionelle.

Wir sind ausgegangen von der Beobachtungstatsache der Lockerung der Erfahrungsassoziationen bei der Schizophrenie. Da wir aus dieser Anomalie die meisten [1]) der spezifischen Symptome recht ungezwungen ableiten können, dürfen wir annehmen, daß es sich um eine Grundstörung der Krankheit handelt. Gleiche Verhältnisse finden wir aber auch bei gewissen funktionellen Einstellungen, im Schlaf und in der Zerstreutheit, ohne anatomischen oder toxischen Hintergrund. Wir vermuten deshalb, daß der funktionelle und der krankhafte Prozeß an ungefähr dem nämlichen Orte ansetzen, an einem Vorgang, den wir als Schaltspannung der Assoziationen oder kurz Assozia-

[1]) Nicht damit in Zusammenhang bringen können wir z. B. die manischen und die meisten melancholischen Störungen, die aus dem schizophrenen Prozeß herauswachsen, ferner die schweren akuten katatonischen Prozesse, die zum Teil mit Hirnschwellung und Zelldegeneration verlaufen, aber doch gleiche Symptome wie die chronischen Schizophrenien zeitigen, nur in viel schwererer Form und kompliziert durch organisch aussehende Denkerschwerungen.

tionsspannung bezeichnen. Diese Schaltspannung wird durch den Krankheitsprozeß irgendwie vermindert oder erschwert, doch nicht so, daß sie durch stärkere Aufwendung von Energie wenigstens in den chronischen, besonnenen Zuständen der Schizophrenie nicht überwunden werden könnte.

Ob ähnliches bei andern Krankheiten auch vorkommt, wäre zunächst noch zu untersuchen. Man muß dabei namentlich an deliriöse und dämmerige Zustände denken. So erinnert der Fall *Bonhoeffers* einer Erysipelpsychose [1]) an unsere Symptomenkomplexe. Ebenso eine (funktionelle) Psychose nach leichter Verwundung, die *Michaelis* [2]) beschreibt. Doch ist z. B. das Delirium tremens, das wir von deliriösen Zuständen am besten kennen, etwas ganz anderes als ein schizophrenes Delir; die einzelnen Begriffe bleiben dabei klar, sogar die ganze autopsychische Orientierung ist unversehrt; der Unsinn, der dabei oft gedacht wird, muß also andere Gründe als einen Defekt der allgemeinen Schaltspannung haben. Ob im Fieber die Neigung zu illusionieren, z. B. Tapetenfiguren als Gesichter zu sehen, mit einer ähnlichen Lockerung der Ideen im Zusammenhang steht, ist fraglich. Jedenfalls sind die übrigen Assoziationen dabei auffallend gut erhalten, solange nicht eigentlich deliriert wird, während wir in der chronischen Schizophrenie umgekehrt wenig Illusionen und starke Störungen anderer Zusammenhänge sehen. Bei der großen Masse der typischen organischen Geisteskrankheiten fehlen Symptome, die man auf Alteration der Schaltspannung zurückführen könnte, ganz. Dagegen müssen wir uns fragen, ob nicht ausnahmsweise auch paralytische, senile oder andere grob organische Prozesse die Schaltspannung merkbar beeinflussen können, und ob es nicht konstitutionelle Zustände von Schaltschwäche gebe. Für das erstere sprechen die nicht seltenen schizophrenieartigen Symptome bei organischen Psychosen, für das letztere gewisse Formen unkorrigierbarer Unklarheit des Denkens. Wir hatten vor kurzem eine krankhafte Schwindlerin zu begutachten, deren Anomalien sich als Schaltschwäche auffassen ließen, ohne daß man einen

[1]) Infektionspsychosen in *Aschaffenburg*, Handbuch der Psychiatrie, Deuticke, Wien u. Leipzig, 1912. S. 26.

[2]) *Michaelis*, Zur Kenntnis der psych. Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern. *Sommers* Klin. f. psych. u. nerv. Krankheiten Bd. 9, S. 349. Halle, Marhold, 1914.



Anhaltspunkt für eine latente Schizophrenie auffand: sie schwatzte oft recht viel Unsinn, hatte geschwindelt, weil sie ihre Wünsche für Realitäten hielt oder wenigstens zeitweise vergaß, daß dieselben bloß Wünsche waren; bei der „Intelligenzprüfung" machte sie in den verschiedensten Rechenoperationen massenhaft Fehler, die nicht im Zusammenhang mit den Schwierigkeiten waren; sie konnte aber, wenn man sie drängte, sich zusammennehmen, auf einmal für kürzere Zeit ganz richtig rechnen. Auch auf den andern Wissensgebieten zeigte sie das nämliche Verhalten, und das, was man Intelligenz zu nennen pflegt, war recht gut entwickelt und stand in einem starken Widerspruch zu ihrem einfältigen Handeln.

Der Assoziationsspannung kommt jedenfalls eine gewisse Rolle in der Entwicklung der Disziplin unseres Denkens überhaupt zu. Ich sage nicht, in der Entwicklung des Denkens selbst, weil wir noch keinen Grund haben, anzunehmen, daß z. B. die antiken Völker an sich weniger fähig gewesen seien, scharf zu denken, als wir. Und doch können wir uns eine Menge Dinge, die man damals allgemein dachte, nicht mehr vorstellen, weil wir uns mehr an die Realität halten. Wir werden aber durch die größere Kenntnis der Kausalzusammenhänge in dem Geschehen der Umgebung gezwungen, viel mehr mit der Realität zu rechnen; wir dürfen uns nicht so gehen lassen und können uns unmöglich den nämlichen Apollo das eine Mal als Mann, das andere Mal als Weib vorstellen; wir dürfen eine Denkrichtung nicht aufkommen lassen, in der die Vorstellung möglich ist, daß ein Gott sich selbst gebäre. Durch diese Verhältnisse werden wir gezwungen, die Assoziationsspannung straffer zu halten, d. h. nur Erfahrungsassoziationen aufkommen zu lassen und das autistische Denken [1]) einzuschränken. Andrerseits wird es bei genauer Kenntnis der Realität viel leichter, realistisch zu denken; der moderne Elektriker braucht keinen blitzeschleudernden Jupiter; die großen Lücken in der kausalen Auffassung des täglichen Geschehens sind durch wirkliches Wissen zwar nicht ganz ausgefüllt, aber verkleinert und hundertfach unterbrochen, so daß kein Platz mehr da ist, wo z. B. der Zauberglaube nicht mit der Logik, das ist mit der Erfahrung, in Widerspruch käme.

[1]) *Bleuler*, Das autistische Denken. Jahrh. f. Psychoanalyse Bd. IV S. 1. Deuticke, Wien u. Leipzig, 1912.



Deshalb ist jetzt weniger Anstrengung nötig, innerhalb der Möglichkeiten zu bleiben.

Einerseits werden wir also durch unsere Kenntnisse veranlaßt, auf die Wirklichkeit mehr Gewicht, ich sollte vielleicht sagen, alles Gewicht zu legen, also im Denken nur die Erfahrungsassoziationen zu benutzen und gelten zu lassen, andrerseits stoßen wir überall, wo wir uns gehen lassen und ungenauer oder autistischer denken, sofort auf Widersprüche, die früher nicht zu befürchten waren. Da ist es kein Wunder, daß das autistische Denken eingeengt worden ist, und es ist kein Grund vorhanden, es als eine archaische, d. h. durch innere Entwicklung überwundene Denkform anzusehen. In unseren Tagträumen ist trotz aller Hindernisse noch recht viel davon zu finden, und die dümmsten Formen des Aberglaubens machen sich bis in die Kreise höchster Bildung hinauf immer noch breit, trotz aller Axtschläge, die vier naturforschende Jahrhunderte gegen seine Wurzeln geführt haben. Und wenn autistisches Denken nicht jetzt noch eine ungeheure Macht wäre, so hätte der Weltkrieg nicht in sein viertes Jahr hinein andauern können.

Eine ganz leichte Schwächung der Schaltspannung kann aber bei intelligenteren Leuten geradezu ein Vorteil sein. Ist die Schaltfunktion zu straff, so kann das Denken sich zu wenig aus den eingeübten Bahnen entfernen. Wenn die einzelnen Ähnlichkeiten sich aus den Erfahrungskonglomeraten nicht herauslösen, so werden neue Situationen als zu fremdartig empfunden, um durch Analogieschlüsse aus der früheren Erfahrung verstanden und beherrscht zu werden. Ein gewisser Grad von Lösbarkeit ist Voraussetzung höherer Intelligenz [1]). Der Dichter, der Erfinder, der Neuerer überhaupt auf irgendeinem Gebiete, sie alle müssen die Denkgleise verlassen können, an die der Philister gebunden ist. So finden wir, daß leichte Fälle von Schizophrenie nicht so selten gute Leistungen in Kunst und Wissenschaft aufweisen, und daß sie nicht nur Utopien und Bizarrerien produzieren, sondern auch wertvolle Neuerungen durchführen. Auch die zum Durchkämpfen neuer Ideen notwendige Einseitigkeit wird durch die Assoziationslockerung gefördert. Man pflegt diese Tatsachen meist so auszudrücken, daß geniale Leute krankhaft seien, oder daß sie später krank geworden seien. Die erstere Auffassung ist gewiß für viele Fälle richtig; das Genie ist überhaupt eine Abnormität, die meist recht viel von dem hat, was wir als krankhafte Anlage bezeichnen

[1]) Vgl. *Bleuler*, Lehrbuch der Psychiatrie. Springer, Berlin, 1916. S. 433.



müssen. Aber umgekehrt kann eben gerade eine Schizophrenie[1]) die Grundlage der besonderen Leistung sein; sehen wir doch gar nicht selten, wenn die Krankheit sich einschleicht, eine Neigung zu dichten, die ganz Gutes produzieren kann und jedenfalls in großem Widerspruch steht mit dem Zustand vorher, in dem weder Talent noch Lust zu einer solchen Betätigung vorhanden war.

Fehlt die Schaltspannung, so wird, wie wir bei der Schizophrenie und im Traume beobachten, die Einheit unserer Person wesentlich gestört. Die Aufrechterhaltung der Einheit ist aber auch schon eine Funktion der allgemeinen Schaltungen überhaupt. In der Psyche sind Potentia alle Funktionen mit allen andern verbunden; es wird aber nur ein äußerst kleiner Teil der möglichen Assoziationen aktuell. Jeder Vorgang hat einen fördernden Einfluß auf alle andern, die mit ihm gleichsinnig sind, einen hemmenden auf die übrigen. Damit ist unter normalen Umständen die Einheit der Psyche gewährleistet; wir möchten geradezu sagen: die Einheit der Psyche ist identisch mit der *Einheit* der Schaltung. Jede Funktion, die andere hemmen oder fördern soll, muß aber „wissen", was zusammengehört, was gleichsinnig wirkt, und die Zusammengehörigkeit ist in erster Linie eine empirische, auf den Erfahrungsassoziationen beruhende. Sind diese gelockert, so muß der Schaltapparat an Sicherheit der Reaktion einbüßen. Das ist ein weiterer Grund, warum bei der Schizophrenie und im Traum die Persönlichkeit so leicht gespalten wird.

Wären die psychischen Prozesse weniger diffus, würde nicht jeder Teilvorgang auf alle andern einwirken, d. h. würden die Psychismen nach dem Muster einer Zündschnur ablaufen, die über das Gehirn weggeht und da und dort einen eng lokalisierten Apparat in Flammen bringt (*Verworn*), so wäre die Einheit viel weniger denkbar. Das Bild hebt überhaupt die einzelne Funktion viel zu einseitig heraus. Es ist niemals ein einzelner Begriff, eine einzelne Idee, die die nächste Assoziation bestimmt, sondern immer die Gesamtheit der Psyche, von der die aktuell im Bewußtsein stehende Idee einen momentan besonders wichtigen Bestandteil ausmacht. Durch die einzelne Idee allein wäre aber eine Assoziation niemals eindeutig bestimmt; es bedarf dazu einer Konstellation, bestehend aus einer unendlichen Mannigfaltigkeit, kurz

[1]) wie übrigens manchmal ein manischer Anfall.

ausgedrückt, der ganzen Psyche, die nicht nur aus allen aktuellen Gedanken und Strebungen, sondern gewiß auch noch aus den (scheinbar) latenten Erinnerungsbildern aller früheren Erlebnisse besteht.

Nicht unwahrscheinlich ist es, daß die Lockerung der psychischen Einheit *einen direkten Einfluß auf die Affekte* hat. Damit stände im Einklang, daß die Affektivität im Traum und in der Schizophrenie sehr ähnlich ist. Die Affekte sind prinzipiell eine Allgemeinreaktion der ganzen Psyche auf bestimmte, unsere Existenz fördernde oder schädigende Erlebnisse. Gibt es keine Totalität der Persönlichkeit mehr, so ist zu vermuten, daß die Affektivität irgendwie leide. Wir hätten dann zwar nicht eine primäre Störung der Affektivität zu suchen, aber doch eine primärere, als sie früher[1]) beschrieben und direkt aus der Assoziationsstörung abgeleitet worden ist. Es ist namentlich zu erwarten, daß auf diesem Wege wenigstens eine gewisse Vulnerabilität der Affekte zustande komme. Wie eine solche Störung sich direkt äußert, ist aber bis jetzt nicht beobachtet und läßt sich auch vorläufig noch nicht theoretisch ableiten. Es wäre aber interessant und gewiß auch für die Kenntnis der Affektivität überhaupt fördernd, wenn man sie auffinden könnte.

Über die *Natur des Prozesses*, der der Schaltschwäche zugrunde liegt, können wir uns vorläufig keine Vorstellung machen. Es gibt allerdings manche Theorie der Schizophrenie, die eine Abschwächung der psychischen Energie in irgendeiner Weise voraussetzt; man sprach von körperlicher Schwäche, Ermüdungsanlage, angeborener reizbarer Schwäche mit hinzukommender Erschöpfung, Störung der psychischen Höchstfunktion, von Schwäche der Vorstellungen, diminution de l'activité volontaire et intellectuelle, incapacité de l'effort mental, abaissement du niveau mental, Schwächung der psychischen Tätigkeit, Hypophrenie usw.

Mit all dem ist nichts gewonnen als ein Name für Tatsachen, die man in der durch diese Bezeichnungen angedeuteten Weise gar nicht allgemein verwerten darf, weil die Schizophrenen in Aufregung, bei einer Unternehmung, die sie interessiert, z. B. einem Fluchtversuch, und unter Umständen andauernd (schizophrene Weltverbesserer) eine sehr große Energie entwickeln können.

[1]) *Bleuler*, Gruppe der Schizophrenien. In *Aschaffenburgs* Handbuch der Psychiatrie. Deuticke, Leipzig u. Wien, 1911.



Es kann also bei den Schizophrenien nicht prinzipiell die allgemeine Energie herabgesetzt sein, sondern höchstens die zur Aufrechterhaltung der Schaltspannung verwendete. Ist das letztere der Fall, so müssen wir die Energie der Schaltspannung von der übrigen psychischen Energie trennen. Vielleicht besteht indes überhaupt gar keine Verminderung der Energie, dafür aber eine krankhafte Schwierigkeit, mit dem gewöhnlichen Energievorrat die Schaltspannung aufrechtzuerhalten. Letzteres ist gar nicht so unwahrscheinlich, obschon man sagt, daß der ganze Grundstoffwechsel bei Schizophrenen oft den normalen Durchschnitt nicht erreicht, also irgendwo weniger Energie produzieren muß.

Die Schaltspannung bzw. deren Energie ist auch vollständig zu trennen von der „Affektspannung“, d. h. der Kraft der Affekte. Ebenso läßt der Grundprozeß der Schizophrenie die Schaltungsrichtung der Assoziationen durch die Affekte unberührt. Die Wahnideen und manche anderen schizophrenen Symptome entstehen ja geradezu durch eine abnorm wenig kontrollierte Wirkung der Affekte auf die Assoziationen. Die Assoziationsbereitschaft, die zum Beziehungswahn führt, d. h. die dauernde Einstellung, die beliebige Erlebnisse unbegründeterweise sofort in Verbindung mit den wahnbildenden Komplexen bringt, ist bei den Schizophrenen erhöht und nicht vermindert. Sie ist eine Dauerwirkung der Aufmerksamkeit, d. h. der Affektivität.

Ob die Veränderung, die die Schaltschwäche bewirkt, toxisch oder anatomisch bzw. molekulär sei, wissen wir nicht, wenn auch eine Vergiftungstheorie am besten in die jetzigen Anschauungen passen würde. Bei einer Vergiftung können wir uns auch am ehesten vorstellen, daß die Assoziationsspannung bei Verminderung des schädlichen Stoffes, bei Stillstehen des Prozesses, wieder bedeutend besser wird, wie die Schwankungen der Krankheit uns anzunehmen zwingen.

Eine gewiß fundamentale Eigenschaft des schizophrenen Prozesses, die zugleich die Selbständigkeit der Schaltstörung in ein grelles Licht setzt, zeigt die Tatsache, daß die Störung der Schaltspannung die Bildung der Engramme mit allen ihren Zusammenhängen nicht hindert. Auch schwer Schizophrene können unter Umständen ein in der Krankheit erlebtes Ereignis oder etwas Gelesenes in ausgezeichneter Weise erzählen, und das sogar dann, wenn sie keine Aufmerksamkeit



darauf verwendet haben. Von den sichtbaren Funktionen ist also einzig die geordnete Ekphorie der Engramme gestört.

Wie früher angedeutet, kann die Schwäche der Schaltspannung durch Willensanstrengung, Aufmerksamkeit, Interesse, d. h. durch psychische oder funktionolle Momente mehr oder weniger überwunden werden [1]). Umgekehrt verstärkt natürlich das Sich-gehenlassen, das anscheinend normal begründet oder ein Symptom der schizophrenen Gleichgültigkeit sein kann, die Folgen der organischen Krankheitsgrundlage. Wie groß im einzelnen Falle der Anteil der organischen und der funktionellen Störung ist, läßt sich nicht abschätzen und ließe sich jedenfalls auch dann nicht sagen, wenn wir alle in Betracht kommenden Momente genau kennen würden. Aus Gründen, die allgemein bekannt sind, nehmen wir eine physische Grundlage der Krankheit an; diese erschwert irgendwie die Assoziationsspannung, eine Funktion, die normalerweise in beständigen großen Schwankungen begriffen ist, sich aber meistens so hoch hält, daß unsinnige Assoziationen nur ausnahmsweise gebildet werden; erst in stärkerer Zerstreutheit und im Schlaf schädigt beim Gesunden die Assoziationsschwäche die Logik ernsthaft. Sinkt die Assoziationsspannung in der Krankheit unter das Niveau, das unter gewöhnlichen Umständen noch ein logisches Denken erlaubt, so kann immer noch stärkere Anspannung durch den Willen, Interesse oder günstige Einstellung die Schwierigkeit seltener oder häufiger überwinden. Bloß in ganz schweren Zuständen hört alles logische Denken auf. Auch in diesen Beziehungen besteht eine volle Analogie der Schizophrenie mit dem Traume, der ja auch alle Stufen durchläuft von dem Zusammenhang einer Dichtung bis zum zerrissensten Durcheinander. Ob nun in einem gegebenen Falle die Schwierigkeit von der gewöhnlichen Anstrengung nicht überwunden werden könne, oder ob die Krankheit die Anstrengung in statu nascendi herabsetze, ist wohl eine schon prinzipiell unlösbare Frage. Das Verhältnis von physisch zu psychisch wird wohl überhaupt auch hier ein recht kompliziertes sein; alle die unzähligen Möglichkeiten kann man gar nicht übersehen. Wenn ein manisch-depressiver Auftritt zwar gewöhnlich von innen heraus, also physisch bedingt ist, aber dann und wann einmal in genau

[1]) Nicht aber alle elementaren schizophrenen Denkstörungen. Es gibt Zustände, namentlich während lebhafter Entwicklung des Prozesses, wo gerade die Konzentration der Aufmerksamkeit erschwert ist.



gleicher Erscheinungsweise psychisch ausgelöst wird, so haben wir wohl noch relativ einfache Verhältnisse vor uns, und doch sind noch mancherlei Wege der Zusammenhänge denkbar. Um wieviel mehr in der komplizierten Symptomatologie der Schizophrenie.

Mit unserer Auffassung nähern wir uns einer alten Idee, die Ausfalls- und Leitungspsychosen auseinanderhielt. Was unsere Ansicht davon unterscheidet, sind weniger pathologische als physiologisch-psychische Vorstellungen. Wir glauben eben nicht an eng lokalisierte Begriffe und Ideen, die von ihrem Sitz aus Erregungen an andere Hirnstellen senden und dadurch andere Begriffe ekphorieren, sondern wir müssen uns heutzutage alle Rindenvorgänge unendlich viel diffuser denken, und zwar so, daß einerseits eine jede Einzelfunktion alle andern latenten und aktuellen Funktionen beeinflußt, d. h. bahnt oder hemmt, andrerseits irgendein dynamischer Faktor („Spannung“) die Assoziationen in den Erfahrungsbahnen hält. Die Heraushebung dieser „Assoziationsspannung“ und ihrer hypothetischen Bedeutung für das Verständnis der schizophrenen und der traumhaften Assoziationsweise ist der Zweck dieses Aufsatzes.

Zusammenfassung. Ein dynamisches Etwas, die Assoziationsspannung, hält die durch Erfahrung gebildeten Assoziationen in ihren Bahnen. Im Schlafe und in der Zerstreutheit läßt diese Funktion nach; außerdem lockern sich die Assoziationen in für unsere Kenntnisse ganz gleicher Weise auch bei den Schizophrenien. Es ist deshalb wahrscheinlich, daß der schizophrene Prozeß die Assoziationsspannung irgendwie schwächt, und — weil sich aus dieser Anomalie fast alle der bekannten schizophrenen Symptome ableiten lassen — können wir vermuten, daß die Schwäche der Schaltspannung die Grundlage der spezifisch schizophrenen Erscheinungen sei. Damit soll aber nichts mehr als eine Arbeitshypothese aufgestellt sein.

Angewandte Psychiatrie.

Motive und Elemente zu einem Programmentwurf.

Von

Professor Dr. **Erwin Stransky** (Wien).

Angewandte Psychiatrie? Die Überschrift mag manchen im ersten Hinzusehen nicht restlos verständlich anmuten. Andere wiederum mögen darin eine allzu anspruchsvolle Umschreibung aller der kleineren und größeren Dienste erblicken, welche die Psychiatrie etwa der Rechtsprechung leistet, oder gar ihrer Anteilnahme an der Erforschung belletristischer Hervorbringungen. Nun ist in alledem ja freilich unleugbar ein gutes Stück angewandter Psychiatrie enthalten, und demgemäß wird denn auch dieser Dinge im Rahmen dieser Abhandlung keineswegs vergessen werden, die gleichsam den Entwurf eines Programmes darstellt. Allein wiewohl zunächst nichts als ein Versuch, will eben diese Abhandlung über die bekannten und geläufigen Erwägungen hinaus neue Wege und Ziele weisen; will sie dartun, wie so manches folgenschwere Problem des praktischen und Gesellschaftslebens seiner Lösung gerade durch richtige Anwendung psychiatrischer Erfahrungen zuzuführen ist.

Manches, was ich mir im folgenden von der Seele wegschreibe, mag Erinnerungen an das vielberufene Kolumbusei erwecken. Gar vieles lag gleichsam schon in der Luft und hatte wohl nur desjenigen gewartet, der all das Drangvolle in feste Formen kleiden mochte. Und doch und gerade darum schien es mir richtig, dieses Amt zu übernehmen. Was mich besonders darin bestärkte, war, daß manches, was ich im folgenden, nur vielleicht ein wenig schärfer, zum Ausdruck bringen werde, schon an früheren Stellen [1]) von mir aufgezeigt und

---

[1]) „Über krankhafte Ideen", Wiesbaden 1914; und „Zur Psychologie und Psychopathologie der Legendenbildung im Felde", Wien. med. Wschr. 1916.



von den freilich wenigen, die es überhaupt bemerkt haben, dafür um so beachtenswerter befunden worden ist.

Und nun zur Sache selbst. Es drängt sich vor allem eine Feststellung in den Vordergrund, eine Feststellung recht sonderbarer Art: es ist kein anderer Mensch, kein anderer Arzt, keiner, dem sein Wirken so tiefe Einblicke erschlösse in die tiefsten seelischen Zusammenhänge des Lebens, der Einzelmenschen, der Menschengruppen, ja der Völker selbst; und doch wiederum keiner, der so schmerzlich oft vor lauter Bäumen den Wald nicht sähe, als wie gerade der Psychiater! Das böse Wort von der „Anstaltskatatonie", ein zur Karikatur verzerrtes Geschwister der „Laboratoriumspsychologie", ist bezeichnenderweise und leider ganz und gar nicht mit Unrecht gerade auf nicht wenige Vertreter unseres Faches gemünzt worden; mag darin auch ein Stück Übertreibung liegen, leugnen läßt sich leider nicht, daß gerade unter uns Psychiatern sehr viele eine Weltfremdheit bekunden, eine Unkenntnis der seelischen Grundlinien, Zusammenhänge und Außenformen des Menschen- und Gesellschafts- und Völkerlebens, die um so beschämender genannt werden muß, als sie mit einem Schein von Recht unserer Wissenschaft angelastet wird, die doch wie kein anderer Zweig menschlicher Erkenntnis berufen ist, kulturfördernd zu wirken. Und doch geschieht dies durchaus mit Unrecht; nicht die Schuld unserer Wissenschaft ist es, sondern die Schuld so vieler ihrer Vertreter, daß sie es nicht verstehen, ihr jene Geltung zu schaffen, auf die sie billig Anspruch hätte; und ihre Vertreter mit ihr. Denn mit allem Nachdruck können wir die Frage bejahen, ob denn die Psychiatrie jenen Befähigungsnachweis auch bereits erbracht habe.

Wohl am klarsten erweist sich dies an dem Beispiel der Rechtsprechung. Wenn diese in den letzten Jahrzehnten, zumal in ihrem strafrechtlichen Anteil, ein so gänzlich verändertes Gesicht angenommen hat, so, darf man getrost sagen, ist dies in erster Linie ein Werk der psychopathologischen Forschung. Denn was ist die moderne Kriminalpsychologie im Grunde anderes als eine Hineintragung psychiatrischer Gesichtspunkte in Rechtswissenschaft und Rechtspflege? Wenn diese unter so vielen Ausfällen gegen Psychiatrie und Psychiater vor sich geht, dann dürfen wir uns mit einem alten Sprichwort trösten: „Wer schimpft, der kauft!" Es ist ja auch im Grunde eine von der zünftigen, auf Wahrung ihrer Vorrechte so eifersüchtig



bedachten Juristenwelt nicht gerade behaglich empfundene Sache, sich sagen zu müssen, daß das einzige Teilgebiet, auf dem sich die Jurisprudenz zu einer Wissenschaft jetztzeitlicher, das ist naturwissenschaftlicher Prägung des Wortsinnes entwickelt hat, nämlich die Kriminalistik, diese Höhe auf dem geduldigen Rücken der Psychiatrie hinaufgetragen worden ist: kein sichereres Mittel aber, um das Tragtier, auf dessen Rücken es sich so bequem ruht, nicht zum Bewußtsein seiner Stärke kommen zu lassen, als daß man ihm die Zügel kurz hält, es tüchtig peitscht und es so verschüchtert und erniedrigt. Und also schlagen auf die Psychiatrie gerade die am meisten los, halten ihre Geltung gerade die am eifervollsten nieder, die ihr das meiste danken. Schicksal!

Nun wird man sicherlich verwundert fragen: Was sagen denn nun die Psychiater zu dem schimpflichen Sklavenlos, das ihrer Wissenschaft zuteil wird? Wie kommt es, daß sie die dringende Aufgabe, diese ihre arme, geknechtete Wissenschaft daraus zu lösen und ihr den verdienten Platz zu sichern, nicht erfüllen?

Die Antwort darauf führt uns hier zunächst einen Schritt seitwärts, damit aber, wie alsbald zu ersehen sein wird, ein Stück weiter. Einige Jahre sind es her, da ist irgendwo einmal das Wort gefallen von dem „Barbareneinbruch der Psychiater in die Rechtspflege". Ein böses Wort, aber ein nachdenkliches Wort! Seien wir offen: ein Körnlein Wahrheit steckt darin! Ganz kann man sich eben doch nicht vor der Tatsache verschließen, daß jene fatale Weltfremdheit, von der vorhin die Rede war, gerade im Rechtsleben dem Psychiater, der vor Gericht als Einzelgutachter tätig ist, oft recht übel mitspielt. Es ist nämlich leider so, daß nicht nur die Fragestellungen der andern an den Psychiater vor Gericht, sondern auch die Fragen, die er selbst an sich dort stellt, vielfach unrichtige und sinnwidrige sind, und daß darum sein Verantwortungsgefühl nur allzu oft als unrichtig eingestellt sich erweist. Sicherlich tragen auch Juristen und Publikum ihr gut Teil der Schuld daran; in letzter Linie werden aber die Folgen doch immer wieder dem Psychiater angekreidet, dem Allerweltssündenbock in unserer Zeit des Sündenbocksystems, wie es menschlicher Denkträgheit so sehr auf den Leib geschnitten ist; und vom einzelnen Psychiater zur Psychiatrie als Ganzem ist dann der Schluß ein naheliegender. Warum nun ist dem eben so, wie hier beklagt? Weil



einmal sicherlich alle Welt vom Psychiater etwas verlangt, wozu er nicht da ist, nicht da sein darf, und was dem Geiste angewandter, das ist zum Heile menschlichen Fortschrittes angewandter Psychiatrie widerspricht. Das Publikum erwartet vom Psychiater, sagen wir es gerade heraus, Stimmungs- und Gefälligkeitsgutachten. Solche „Diplomatie" aber, die sich zu derlei hergibt, ist zwar billig, doch plump und kurzsichtig. Wie unärztlich derlei ist, wie sehr es dem Geiste ärztlicher Wissenschaft widerspricht, hat erst jüngst wieder *Reichardt* in seinem verdienstvollen Buche sehr richtig betont. Wissenschaft ist kein Spielzeug für Publikumslaune. Heute Hosiannah, morgen Crucifige ...! Mir scheint hier Ort und Zeit, nochmals an einen bereits von *Frese* regelrecht publizierten Fall zu erinnern, der, und es ist nicht zu lange her, der Anlaß einer wilden Hetze gegen Österreichs und Deutschlands Psychiater geworden ist, weil sie den Mut hatten, der demagogischen Künsten so leicht zugänglichen „öffentlichen Meinung" entgegenzutreten: an den Fall einer geborenen ausländischen Prinzessin. Und heute? Je nun, dieselbe öffentliche Meinung ist unter dem Eindruck alles dessen, was sich in dieser Causa seither ereignet hat, etwas kleinlaut geworden, und mancher von denen, die damals Rufer im Streite gegen die Psychiater gewesen sind, mag sich heute eingestehen, daß doch auf unserer Seite das Recht gewesen ist; allein davon spricht man dann nicht gern; das schweigt man lieber sachte tot.....! Wissenschaftliche Erkenntnis hat aber ihr Fundament nicht auf dem schwanken Boden „öffentlicher Meinung", kann ihn da gar nicht haben, erwüchse sonst zu den ungeheuerlichsten Verrenkungen. Es wäre nun aber freilich eine der vornehmsten Aufgaben weltgewandter Psychiatrie, wie dies auf einem der letzten österreichischen Irrenärztetage von *Holub* schon verlangt worden ist, mit schneidiger und doch wieder geschmeidiger Feder und jeweils zeitgerecht der öffentlichen Meinung beizukommen und sie aufzuklären, statt sie passiv über sich ergehen zu lassen, oder gar der Versuchung zu unterliegen, opportunistische, „populäre" Psychiatrie zu treiben, wie sie zumal vor den Schranken des Gerichtes an uns herantritt. Mir selbst ist es in einem großen Kriminalprozeß, der die Wiener Öffentlichkeit lange und intensiv beschäftigt hat, passiert, daß im „Zwischenakt" ein sonst besonnener und angesehener und keineswegs psychiaterfeindlicher Vertreter der Presse mir zumutete, ich würde mich doch hoffentlich nicht mit der



„Volksstimme“ in Widerspruch setzen, die einmütig dahin zusammenklinge, daß der Hauptbeschuldigte ein „vollkommener Kretin“ sei . . . Nun, ich habe mich mit ruhigem Gewissen in Widerspruch gesetzt, was um so verantwortlicher war, als dem besagten Angeklagten in der Tat ein Maß von Geistesschwäche anhaftete, das jedoch ziemlich weit entfernt war von jener Grenze, wo praktisch die Idiotie beginnt. Leider aber gibt es, und hier beginnt schon unser Schuldkonto, auch Psychiater, die, optima fide selbstverständlich, dem verhängnisvollen Fehler anheimfallen, der Stimmung, der „öffentlichen Meinung“ zu unterliegen, die aus psychologisch naheliegenden Gründen, wenn auch nicht immer, so doch meist auf seiten der Verteidigung ist. Unnennbar ist der Schaden, der uns und dem Ansehen unserer Wissenschaft damit zugefügt wird! Denn im tiefsten Grunde wird doch nur das und nur der geachtet, von dem die Menge fühlt, daß er über ihr steht. Vielleicht wird man jetzt aber doch verstehen, warum ich an anderer Stelle schon vor Jahren den Usus als völlig unzukömmlich bezeichnet habe, daß sich ein Psychiater, ein Arzt überhaupt, zumal aber in Kriminalsachen, zum Parteiensachverständigen hergebe. Auch der Psychiater ist ein Mensch, auch er ist suggestibel, und gerade weil er dies weiß, besser als andere wissen muß, ist es seine kategorische Pflicht, Sorge zu tragen, daß jede Suggestionsmöglichkeit, ja selbst der Schein einer solchen, für ihn auf jenes Minimum zusammenschrumpfe, dem schließlich auch das Sachlichste nicht zu entgehen vermag; denn nie darf auch nur der Anschein entstehen, als stünde der Psychiater nicht hoch über der Sache, hoch über allem Streite.

Dürfen also unsere Gutachten niemals der „Stimmung“, der „allumfassenden Güte“, dem „goldenen Herzen“ der großen Menge zuliebe gedrechselt sein, der Verteidigung allein dienen, wie es übrigens schon *Groß* mit vollem Recht betont: so dürfen sie ebensowenig und noch weniger dem so häufig erschreckend engherzigen, rein formalrechtlichen Standpunkte der Anklage- und der judizierenden Behörde sich anpassen. Allein nicht etwa die gutachtliche Formfrage, die sogenannte Subsumtionsfrage ist es, auf deren Beantwortung es meiner Überzeugung nach hier ankommt. Im Gegensatz zu meinem hochverehrten Lehrer und Meister *Wagner v. Jauregg* möchte ich, wie schon bei früherer Gelegenheit, auch hier wiederum sagen, daß ich diese Frage im Grunde für eine solche von sekundärer Wichtigkeit halte.



Im Gegenteil meine ich, daß wir Ärzte um höherer Interessen willen gerade in dieser Einzelfrage entgegenkommend sein sollten. Die Hauptsache ist vielmehr der Geist der Materie: der Psychiater hat sich als Naturforscher in der Sache nicht zu solidarisieren mit einem Geiste — mag er ihm auch der Form nach ein Stück entgegenkommen —, dem naturwissenschaftliches Denken ein Buch mit sieben Siegeln ist, dem die ahnungslose Sicherheit schreibstubengeborener Dogmatik und bureaukratischer Pseudoempirie überlegen dünkt gegenüber der ja allerdings in sokratischem Geiste minder sicheren, aber um so aufrichtigeren, für die trügerische Sicherheit eines glatten, apodiktischen „Ja" oder „Nein" nicht gleich zu gewinnenden naturwissenschaftlichen Erkenntnis. Naturwissenschaft ist Wahrheitsuche, Jurisprudenz nicht notwendig, aber leider doch vielfach zurechtgelegte, formalistisch-präjudizierliche Scheinwahrheit. Der Jurist konstruiert in das natürliche Geschehen — auch das soziologische ist im tiefsten Grunde natürliches Geschehen! — nur zu oft fiktive, schreibtischgeborene Prinzipien hinein, die er dann zu imperativen Gesetzen, zu sakrosankten Dogmen erhebt, zumal er im Alleinbesitze der exekutiven und praktisch auch der legislativen Gewalt ist. Der Naturforscher bemüht sich rastlos, aus dem, was ist, zu ergründen, wie und warum es so ist. Natürlich scheint es billiger und sicherer, am grünen Juristentisch Pseudogesetzmäßigkeiten zusammenzukonstruieren und zu diktieren, als in mühsamer, ehrlicher Naturforscherarbeit unaufhörlich zu schürfen und zu bohren, immer wieder das Gute durch das Bessere ersetzend. Der Juristenstand als der herrschende in der Gesellschaft hat es ja allerdings leicht, den von ihm konstruierten Gesetzen imperative Geltung zu verschaffen oder deren Imperativ zu inspirieren. Aber darum ist das, was man den andern als Mußwahrheit vorschreibt, noch lange keine erkenntnismäßig gewonnene und wirkliche Wahrheit.

Gerade diese wohl allen Ärzten (und übrigens allen Vertretern naturwissenschaftlicher, z. B. technischer, Berufe) aus der Seele gesprochenen Feststellungen dürfen aber nun den Arzt beileibe nicht verleiten, wie dies leider zu oft geschieht, den idealen Zustand der Lex ferenda mit der rauhen Wirklichkeit der Lex lata zu verwechseln! Gerade insofern, als er dies tut — und er tut es nur zu oft, zumal bei der Begutachtung der Minderwertigen —, erweist



er sich als weltfremd und, was noch schlimmer ist, als Schädling für den Gesellschaftsschutz und vor allem als undiplomatisch, als unfähig, Gegenwind zum Segeln zu nützen. Mangel an diplomatischer Begabung ist aber — vestigia terrent! — einer der allerschlimmsten Mängel, den Menschen und Völker nur an sich haben können! Wollen wir das jetzige System ändern — und wir müssen es! —, dann können wir dies nur erreichen auf dem Wege zielbewußter, nie ins einzelne sich verlierender, sondern stets das Ganze sich vor Augen haltender diplomatischer Groß- und Kleinarbeit, die sich der gegebenen Sachlage jeweils geschickt anpaßt, dem Wege der Reform von innen heraus aber gegenüber jedem aussichtslosen frontalen Anrennen gegen Jahrhunderte alte Mauern von außen her den Vorzug gibt. Und wir können es, ohne uns wissenschaftlich auch nur das geringste zu vergeben. Darum bin ich dagegen, daß wir dem herrschenden Usus, der, sei es auch im tiefsten Grunde zu Unrecht, nun einmal Subsumtion unter den Wortlaut der Lex lata von uns verlangt. durch Verweigerung derselben ins Gesicht schlagen. Ich bin vielmehr dafür, daß wir falsche Juristenübung und schlechte Gesetze von innen heraus ad absurdum führen, indem wir uns geradenwegs auf ihren Boden zu stellen suchen, der nun einmal harte Realität ist, und so durch praktische, zielbewußte Arbeit mit allen Mitteln, generell, aber nicht minder von Einzelfall zu Einzelfall dartun, inwiefern die herrschenden Satzungen oder Gebräuche dem Wesen der Dinge Gewalt antun, welchem die psychopathologische Methode, die Dinge zu betrachten, doch weit näher kommt. Um dies aber wirksam bewerkstelligen zu können, benötigen wir Ärzte allerdings einer Eigenschaft: formalistischer Gewandtheit; denn wieder ist es eine, übrigens durchaus psychologisch begreifliche Tatsache, daß menschliches Denken eines gewissen Formalismus nicht entraten kann. Dieser Tatsache sollten wir Ärzte mehr als bisher Rechnung tragen im Denken und Handeln, in Rede und Schrift. In ihrer sorgsamen Pflege und Beachtung liegt eine der inneren Wurzeln alles Organisierens und darum auch der Vorherrschaft der Juristen im Leben der Menschen; denn die Menschen sind Herdenwesen: sie wollen im tiefsten Grunde organisiert sein, wenn sie es auch nicht gern zugeben. Sofern wir diesem Postulate nicht gerecht werden, wird es mit dem entscheidenden Einfluß der Ärzte auf die Gesetzgebung — eine alte Weissagung, deren Erfüllung jeder

Vernünftige herbeisehnt — noch seine Wege haben! Erst dem auch formal geschulten ärztlich-naturwissenschaftlichen Geiste wird es vorbehalten sein, den ewigen Fluß natürlichen Geschehens in glücklichen Einklang zu bringen mit dem starken Bedürfnis der Menschenseele nach festen Richtlinien im Chaos desselben, in dem sie mitten darinnen steht. Dann wird man nicht mehr von einer „Barbarei" ärztlichen Denkens reden können, von der man heute mit einem Schein von Recht sprechen kann! Denn die Weltfremdheit und der einen Teil davon bildende Mangel an formalem Ordnungssinn im Denken, ja die Mißachtung davor bei so vielen Ärzten bewirkt es, daß sie weder im allgemeinen noch im Einzelfall imstande sind, im öffentlichen Leben, von dem das Forum criminale ein so wesentlicher Teil ist, eine auf dessen Bedürfnisse angewendete Pathologie zu praktizieren; sie wollen immer das Leben in speziell medizinische, insonderheit psychiatrische Sprache und Fachinteressen, zuweilen gar in die Sphäre kasuistischer Kleinmalerei hineinzwingen, statt umgekehrt diese ihre Sprache dem Leben und seinen Interessen anzupassen und all ihr Arbeitsinteresse dem obersten Ziel einzugliedern: Gesellschaftsschutz und Rassenhygiene; und stiften dadurch in bester Absicht statt Gutem nur Verwirrung, sich und ihre Disziplin in Mißkredit bringend; so, wenn etwa vor der Öffentlichkeit von ihnen systematische oder nomenklatorische Differenzen breitgezerrt werden, die, praktisch in der Regel ohne jede Bedeutung, doch den Anschein von sachlichen „Meinungsverschiedenheiten zwischen Psychiatern" erwecken und auch weidlich ausgenutzt werden, um über die „Unsicherheit" der Psychiater und der Psychiatrie zu zetern, sofern solches Zetern den Zwecken einer Partei gerade angezeigt erscheint; es kommt zu alledem noch hinzu, daß vielen Ärzten, insonderheit Psychiatern, jedes Maß von Redegewandtheit, von oratorischer Begabung vollends abgeht, am meisten unglücklicherweise in deutschen Landen, wo Ärzten und Forschern derlei Begabung, falls sie wirklich vorhanden ist, fachgenössischerseits vielfach geradezu als Makel ausgelegt und so oft im Keime erstickt wird. Welch ein verhängnisvoller Fehler! Gibt es ja ohne solche Begabung keine Diplomatie! Übrigens gibt es ja intransigente ärztliche Katastrophenpolitiker, die mit einer gewissen Absichtlichkeit besonders der Jurisprudenz und ihren Gebräuchen Obstruktion machen, nach dem Motto: Es muß schlimmer werden, ehe es besser wird! Ich



gestatte mir, diese Politik für verkehrt zu halten; ich glaube nicht, daß sie uns zu heilsamem Einfluß emporführen kann. Machtgedanken sind es aber, die sicherlich nicht um unseretwillen, sondern um der Menschheit willen uns Ärzten in unserer praktischen Tätigkeit als einer ihrer Leitsterne vorschweben müssen. In den prächtigen Worten, mit denen jüngst ein bedeutender österreichischer Militärarzt, gleichzeitig einer unserer besten Mikrobiologen[1]), einen Vortrag ausklingen ließ: „Ich bin ein Arzt, und wer ist mehr?", scheint mir die Leitidee eines gesunden ärztlichen Imperialismus zu liegen: In diesem Zeichen wollen und werden wir siegen! Wenn wir so bescheiden als Sachverständige vor dem Richter stehen, sollen wir uns immer vor Augen halten, daß eigentlich, ginge es nach Vernunft und Verdienst, der Richterstuhl unser Platz wäre. Wir sind es, die wirklich wissen, wirklich verstehen, wirklich können! Wenngleich es gewiß neben als Psychologen intuitiv, ja genial veranlagten Juristen nur zu viele in psychologischen Dingen unzulänglich denkende Ärzte gibt, wodurch sich fallweise das Verhältnis umkehrt. Aber eben dieses innere Machtbewußtsein muß uns mit einem erfüllen, mit Verantwortlichkeitsgefühl! Adel verpflichtet, und die Naturwissenschaft ist es, die nach *Rokitanskys* Wort unser Adel ist: doch nur durch Pflichterfüllung kann Macht, sei sie wie die unsrige einstweilen erst noch virtuell, sittlich werden! Wir Ärzte sind es aber, die im Besitze überlegener Kenntnis und Erkenntnis für das Wohl und Wehe der Gesellschaft äußerlich wohl erst dereinst, innerlich aber schon heute sehr wesentlich mitverantwortlich sind. Darum ist jedes psychiatrische Gutachten vor Gericht Machtausübung im Geiste des Gesellschaftsschutzes und der Rassenhygiene, des einzig vernünftigen Sinnes alles dessen, was man „Recht" nennt. Erst aber, wenn wir Ärzte das verstehen und darnach folgerichtig handeln werden, werden wir auch den äußeren Gegnern die Einräumung der gebührenden Machttitel abzwingen können. Und darum müssen wir uns erheben über alle kleinen fachlichen Doktorfragen, über alle Grenz- und Kompetenzstreitigkeiten, aber auch über absichtliche wie unabsichtliche rednerische Exzesse, denn sie alle können uns nur zu leicht ablenken von dem Hauptleitmotiv, von unserer inneren, sachlichen Ver-

[1]) Dörr in der K. K. Gesellschaft der Ärzte in Wien.



antwortlichkeit, zumal sie geeignet sind, uns zu Energievergeudungen zu verleiten, zu dem Trugschlusse, als hätten wir irgendwie ein großes Ziel erreicht oder strebten dahin, welches doch nur ein Seitenweg von der Hauptstraße ist; und zudem den Nachteil in sich bergen, daß sie nur zu oft auf dem Rücken des Delinquenten und, was noch schlimmer ist, auf dem Rücken der Gesellschaft ausgefochten werden. Auch hierfür gibt es manch böses Beispiel, welches den Psychiatern nicht genützt, wohl aber dem Ansehen ihrer Wissenschaft sehr geschadet hat.

Machtpolitik üben müssen wir aber nicht im kleinlichen Nebensinn, sondern im großzügig wahren Sinne des Wortes. Kompetenzstreitigkeiten und ebenso kleine klinisch-methodologische Standpünkteleien hinter uns lassend, lernend von den großen diplomatischen Weltmeistern der Kunst, die Menschengeister zum Großen und Guten zu lenken, dürfen wir in keiner der zahllosen Winkel- und Nebengassen, in die uns der Alltag zwingt, stecken bleiben, dürfen wir nie das wesentliche Hauptziel der Zukunft aus dem Auge lassen. Dabei die nüchterne Wirklichkeit der Lex lata und der herrschenden Gebräuche trotzdem nie zu übersehen, das ist eben die diplomatische Kunst! Den Wunsch als Ziel ins Auge gefaßt, müssen uns die harten Tatsachen der schmale Sattel sein, darauf wir dorthin reiten; aber das, worauf dieser unser schmaler Sattel liegt, sollen wir geschickt und diplomatisch meistern, auf daß wir es dahin bringen, wohin wir es bringen wollen. Wir müssen uns eben mit der Tatsache abfinden, daß wir heute nun einmal mit Juristen und Juristenköpfen zu arbeiten haben, und daß es die Menschheit noch einstweilen so will; aber indem wir ihnen in Formfragen scheinbar weit entgegenkommen, müssen wir bestrebt sein, sie in der Sache um so methodischer in die Gasse unseres überlegenen Denkens zu bringen. Heute schon unentbehrliche Stützen des Rechtslebens, müssen wir durch geschickte, alles Kleine — minima non curat praetor — klug vermeidende Politik allmählich zunächst dessen Hausmeier werden; von da bis zur Entthronung des Jurismus ist dann nur noch ein Schritt: Historia docet! Auf Pipin ist Karl der Große gefolgt, und die Söhne der bloß beratenden Sachverständigen von heute werden die Richter und Führer der Menschheit von morgen sein. Nur auf diesem Wege können wir der Zeit entgegenreifen, in der die Ärzte nach jener alten Weissagung der leitende Stand der bürgerlichen Gesellschaft sein

werden. Wir Psychiater haben es aber in der Hand, dank der Aufgabe, die gerade der Psychiatrie im öffentlichen Leben zukommt, die Schrittmacher und Bahnbrecher auf diesem Wege zu sein. Hierin scheint mir eine der vornehmsten Aufgaben angewandter Psychiatrie zu liegen.

Eines jedoch müssen wir nochmals betonen, denn gerade die Außerachtlassung dieses Punktes ist ein weiterer arger Mangel und trägt der Psychiatrie die allerschwersten Vorwürfe ein: der Psychiater muß sich vor Augen halten, daß er, wie überall, so ganz besonders auch im Gerichtssaal, nicht bloß Arzt, sondern mit in erster Linie ein Diener der großen Ideen des Menschenschutzes und der Menschenverbesserung zu sein hat. Ich nehme keinen Anstand, jeden andern Gesichtspunkt als geradezu minderwertig zu bezeichnen. Minderwertig ist darum jede schleuderhafte Schablone, minderwertig aber auch jede kasuistische oder methodologische oder gar rhetorisch-stilistische Kleinmalerei im Gutachten, die sich mit dem „Fall" um des „Falles" willen befaßt, ohne seine Behandlung einzuordnen in die Leitideen: Gesellschaftsschutz und Rassenhygiene, minderwertig jede nicht bloß äußerliche, sondern vor allem innerliche Vorschriftensklaverei im Sinne des Anklägers wie leider auch oft des Richters, minderwertig ganz ebenso jedoch auch jede defensorisch gedachte Mitleidsprostitution an die „Elenden", bloß weil sie elend sind. Der Psychiater muß vor Gericht, formell scheinbar seiner ihm da aufgezwungenen Umgebung sich anpassend, dem Geiste nach vor allem selbständige Kulturpolitik treiben. Und da möchte ich einmal geradenwegs heraus bekennen, daß ich es für eine kulturfeindliche Verkehrtheit halte, wenn wir Psychiater in vollkommen mißverständlicher Auslegung des hehren Begriffes der Humanität uns fortwährend dazu hergeben, der nach höherem Menschentum mühsam genug sich emporringenden Gesellschaft die ohnehin mühlsteinschwere Last der Minderwertigen immerzu nur noch fester um die Füße zu binden; was davon noch besserungs- und erziehungsfähig ist, was nur noch irgendwie der Menschheit zunutze umgezügelt werden zu können verspricht, das freilich müssen wir, soweit es nur irgendwie in unserer Macht steht, der Engherzigkeit veralteter Strafvollzugs-Systematik zu entreißen trachten; mancher wäre sicherlich nicht verloren gewesen, hätte zur richtigen Zeit am richtigen Orte der Arzt, den Kulturwert in ihm erkennend, mit aller Macht



sein Veto eingelegt gegen schablonenhaftes Juristenurteil, schablonenhaften Strafvollzug. Da habe ich einmal einen Menschen begutachtet, hinter dessen unleugbarer ethischer Defektanlage — er war nach der Strafkarte ein mehrfach vorbestrafter Betrüger — eine geradezu ans Genialische grenzende kunstgewerbliche Begabung steckte: ein armer Kärntner Gebirgsbauernsohn, der, größtenteils autodidaktisch, erstaunlich viel erlernt hatte, selbst nicht wenig angewandter Mechanik: niemand hatte sich aber je in Güte seiner angenommen, immerzu hatte man ihn ob seiner Schwindeleien (fast stets freilich wollte er vor allem darum zu Gelde kommen, um seine allerdings minder fundierten Erfinderpläne zu verwerten) unbarmherzig, ohne jedes Eingehen auf seine Individualität, einfach zu Strafen verurteilt, und wäre er am Ende nicht paranoid und dadurch in einer Strafanstalt Deutschlands und in der Folge in einer solchen Österreichs auffällig geworden und darum ärztlich untersucht worden, nie wäre man darauf gekommen, wieviel an echtem künstlerischen Können in diesem Menschen steckt, das, zeitgerecht und wohlwollend gefördert, vielleicht einen andern aus ihm hätten werden lassen können. Der Jurismus wußte freilich nichts damit anzufangen: in unpsychologischem Mechanisieren ist ihm Delikt einfach Delikt, der Delinquent und sein individueller Kulturwert etwas Nebensächliches, und so mußten wertvolle, menschheitsnützliche Gaben im Zuchthause verkümmern. Und auf der andern Seite? Da wird um einen Herrn Raubmörder bösartigster, menschenfeindlichster Sorte ein Riesenapparat und eine Sorgsamkeit aufgeboten, damit ihm, weil es das geltende formale Recht, das dem Minderwertigen Strafmilderung zubilligt, so verlangt, bewahre der Himmel, ja nur kein i-Tüpfelchen Unrechts geschehe, denn ein paar Tanten von ihm sind ja doch hysterisch oder Säuferinnen, und er selbst hatte dann und wann seinen Zuchthausknall, und also müssen Ärzte sonder Zahl, Deputationen, Fakultäten Zeit und Mühe verschwenden, um diese „kostbare“ Persönlichkeit der Menschheit zu erhalten; am Ende gar ihn noch dem Grundsatz „In dubio pro reo“ zuliebe einer Heilanstalt überweisen, aus der er prompt entspringt, falls er nicht gar aus irgendeinem formalen „Kompetenzgrunde“ heraus, unter tätiger Mithilfe des Jurismus, wie ich das auch schon erlebt habe, alsbald regelrecht entlassen wird, zu neuem Wirken, neuem Würgen! Ich kenne ähnlicher Fälle aus meinem Leben



nicht so wenige, als daß ich es nicht für meine Pflicht hielte, vor solcher Art sinnloser, menschenfeindlicher Menschenfreundlichkeit, vor solcher vielfach durch Ängstlichkeit vorschriftenkleberischer, verantwortungsscheuer, juristischer Instanzen und durch falsch gerichtete Tendenzen der Tagespresse erzwungener Fehleinstellung ärztlicher Gewissenhaftigkeit zu warnen, deren ominöser Leitsatz ist: „Fiat scientia, pereat mundus!" Nein, keine falsche Prinzipienreiterei, kein unproduktives Vergeuden unserer Energie und unseres Könnens an die Kleinarbeit rein kasuistisch gerichteter Interessen, kein Wegwerfen unseres kostbaren Mitgefühles! Was unabwendbar faul und menschenfeindlich ist, gehört am besten mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, und keinenfalls darf ihm Zeit und Mühe und Beredsamkeit in mehr als unumgänglich nötigem Maße zugewandt werden. Gerade der Fehler, den viele Ärzte begehen, die einstweilen ganz irrealen Postulate eines künftigen goldenen Zeitalters, in dem man dem Verbrechen anders denn heute zu begegnen, es zu verhüten in der Lage sein wird, wie etwas bereits real Gegebenes in die Gegenwart hineinzutragen, dieses fortwährende formlose Durcheinanderwerfen idealer Ziele, denen wir zustreben, und der Mittel, durch die sie zu erreichen sind, diese ewige Petitio principii ist es, was in den Augen klar und nüchtern denkender, dabei vom Geiste echter Verantwortlichkeit durchdrungener Staatsmänner und anderer Verantwortlicher den Ärzten und ihrer Wissenschaft heute ebenso schadet und mit demselben Rechte schadet, wie ihnen auf der andern Seite mit ebensolchem Rechte jede innere Solidarität mit büreaukratischer Schablone verübelt wird, wo sie vorkommt. Mit einem Schein von Recht kann dann die eine Seite wie die andere von einer „Barbarei" reden, die zum Teil Formlosigkeit des Denkens und Handelns ist, zum größten Teil aber leider daher kommt, daß den meisten Ärzten das tiefe Bewußtsein des immanenten Endzieles ärztlicher Wirksamkeit, daß ihnen ärztlich-imperialistisches Streben abgeht, ein Streben, das wir nicht dem Stande allein, sondern der Menschheit schulden. Darum verlieren sie sich sachlich und formell in kleinen kasuistischen und ebenso kleinen Prinzipienstreitigkeiten, übersehend, daß eines wie das andere Energievergeudung bedeutet, die das Endziel dem Blicke nur entrückt. Dieses Endziel ist aber weder durch Schlappheit noch durch Gewaltsamkeiten, sondern nur



durch eine gesunde Verbindung von zielbewußter Energie und weltgewandter Diplomatie zu erreichen, denn nur mit Diplomatie kann man Menschen und Dinge dahin bringen, wohin man sie bringen will. Suaviter in modo, fortiter in re!

So kann also die forensische Tätigkeit des Psychiaters ein gut Stück angewandter Psychiatrie im vornehmsten Wortsinne werden, indem sie, kluge und doch warmfühlende Diplomatie wirksam in den Dienst großärztlicher Propaganda stellend, den Weg bahnen hilft, die Menschengeister im Sinne der Rassenhygiene und des Gesellschaftsschutzes zu zügeln und zu beherrschen, an welcher Herrschaft dann fast automatisch unser Stand seinen gebührenden Teil erlangen wird. Heute muß er derselben noch entraten, weil seine Leitideen, die er erst zur Geltung bringen muß, und deren Vorkämpfer kein anderer als er sein kann, noch selber nicht herrschen. Im kleinen jedoch vermag der Psychiater oft schon heute, gerade auf dem Boden der Rechtsprechung, mit seinen Ideen sich selbst zu gebührender Geltung zu bringen, noch nicht in der Form, aber doch im Wesen der Sache; wenn er nur, über geringwertige kasuistische Kompetenz- und Doktorfragen mit kluger Überlegenheit sich hinwegsetzend, nach allen Seiten hin wohltätige Suggestionen auszuüben sich bestrebt und es versteht, dann wird er mit der Zeit sich Richter, Ankläger und Verteidiger so weit erziehen, daß eigentlich im tiefsten Grunde er sachte und allgemach das leitende Element des Prozesses wird, Anklage, Verteidigung und Urteilfällung mit seinem Geiste erfüllend, immer dabei das eine überragende Hochziel vor Augen, alles und alle in den Hafen der Menschenhöherzucht hineinzusteuern, darin der Arzt der sicherste Lotse ist. So kann der Psychiater im Gerichtssaal ein gut Stück seiner Sendung als Menschheiterzieher erfüllen, wenn er nur will, will im Sinne jenes ärztlichen Imperialismus, der Kulturimperialismus ist. Auch da aber gilt: nicht viel davon sprechen, aber immer daran denken! Denn immer wieder muß es gesagt werden: mehr noch wie in jedem andern Kriege ist im Kampfe der Geister die treffsicherste Waffe kluge, menschenkennende Diplomatie; die vermag aber nur zu meistern, wer nicht weltfremd ist, wer mit der Kenntnis der Tiefen auch Kenntnis der Weiten des Menschenlebens erstrebt und erwirbt, wer also nicht im Krankensaal und im Laboratorium sich verschließt, sondern dem diese nur freilich besonders



wichtige Erkenntnisstätten des Lebens sind, doch nicht die einzigen, denn das Leben als ganzes will und kann erst im Leben selbst erfaßt und erkannt sein.

Der Anwendungsmöglichkeiten der Psychiatrie gibt es aber noch andere, viel weitergehender Art. Ich möchte wiederholen, was ich schon weiter oben ausgesprochen habe: es gibt keinen Zweig der Medizin, ja menschlicher Erkenntnis überhaupt, der nicht nur Potentia, sondern in Wirklichkeit solch einen tiefen Einblick in alle menschlichen Zusammenhänge gestatten würde, wie gerade die Psychopathologie. Selbst der unleugbare Mangel der Unsicherheit, der ihr anhaftet, ist nur ein verhältnismäßiger, denn die Unsicherheit der andern Wege seelischer Erkenntnis ist eine noch viel größere, und wenn es anders scheint, so ist es eben nur Schein. Verfügt also jemand, der Welt- und Lebenskenntnis und einen weiten Blick für die Dinge hat, auch noch über psychiatrische Schulung, dann bieten sich ihm Schlüssel zur Erforschung seelischer Zusammenhänge dar, wie niemandem andern.

Dieses ganze ungeheure Kapitel liegt eigentlich heute brach. Heute gilt der Psychiater weiten Kreisen noch immer als ein Schreckensmann, dem man am liebsten im Bogen ausweicht, oder den man nur im Dunkel des tiefsten Inkognito aufsucht, weil die Berührung mit ihm und seinem Fache als ein Makel gilt. Noch spukt in den Köpfen selbst hochgebildeter Laien der alte Narrenturmgeist, noch ist ihnen der Psychiater der „Narrendoktor" unseligen Angedenkens, bei dessen Namensnennung man sich an Zwangsjacke, Tobzelle, ungerechtfertigte Internierungen und dergleichen schöne Dinge erinnert. Welch grenzenlose Torheit in solcher Verkennung liegt, wieviel Unkenntnis all der Freundschaft und Stütze, die gerade der kundige, frei und tief blickende Seelenarzt den Menschen zu bieten vermag und beileibe nicht nur den geisteskranken Menschen: diese Erkenntnis reift nur wenigen, um von ihnen dann als ein förmlich unerwarteter Glückszufall gepriesen zu werden. Leider freilich vermag ich aus den mehrfach angeführten Gründen uns Psychiater auch in diesem Belange nicht von allen Unterlassungssünden reinzuwaschen. Zu viele sind unter uns, denen jeglicher Blick, jegliches Verständnis für die Aufgabe abgeht, die mir einer der vornehmsten Belange angewandter Psychiatrie erscheint: für die Aufgabe, Ratgeber und Bei-

stand in allen wichtigen Fragen des menschlichen Lebens zu sein, und für die daraus erwachsende Pflicht, nicht nur Fachkenntnisse, sondern auch Weltkenntnisse zu erwerben, um sich, wohl ausgerüstet mit allen Hilfen, um ebenso in die Weite wie in die Tiefe blicken zu können, heranzubilden zum Amte des — sit venia verbo — Generaloberstsachverständigen für alle Lebensformen und alle Lebensgestaltungen des einzelnen und der Gesellschaft; denn niemand ist dazu mehr vorherbestimmt als der, welcher die Seelenkunde von den tiefsten Tiefen her zu erfassen ohnehin Pflicht und Amt hat, und darum auch trachten soll, zur Tiefenkenntnis noch den weiten, von aller beruflichen Beschränkung und Kleinlichkeit freien Blick ins Leben hinzuzugewinnen.

Nehmen wir zuerst die Einzelmenschen und ihre kleinen Verhältnisse. Fast unbegrenzt dehnt sich da die Einflußsphäre des Psychiaters. Falsch, oberflächlich und unvollständig ist es, die vielen Menschen, deren weltlicher Beichtvater gerade der psychiatrisch vorgebildete Arzt wird, eng und streng medizinisch zu werten. Jeder erfahrene Arzt wird mir bestätigen, daß es oft recht hochwertige Menschen sind, die zu uns Seelenärzten kommen, um uns zu Rate zu ziehen; und daß von ihnen her unser Amtsbereich alsbald auch auf deren Familie und ihre Lebensführung nur zu oft sich ausdehnt. Man braucht dabei gar nicht etwa ausschließlich an die „Endogenen“ zu denken, deren Zahl sich allerdings, überblickt man ein größeres Krankenmaterial klinischer, poliklinischer und Privatsprechstunden-Provenienz, überraschend groß erweist[1]), sondern ein gleiches gilt von den meisten neuro- und psychopathischen Persönlichkeiten, übrigens auch von recht vielen organischen Fällen, denn mit der rein medizinischen Verarbeitung dieser Fälle hat man selbst bei den organischen bekanntlich nur das Wenigste getan; im Gegenteil pflegen die meisten dieser Kranken die Medikationen als solche ohne mindestens psychotherapeutische Einbegleitung bald früher, bald später mit Ablehnung zu beantworten, selbst wenn sich jene noch so nützlich erweisen; dies gilt von internen ebenso wie von physikalischen Medikationen. Es ist daher eine alte Regel, auf die psychische Behandlung von Nerven- und psychisch Kranken aller Art, auch der einfachsten Erschöpfungs-

[1]) Vgl. meinen Aufsatz in der Obersteiner-Festnummer der Wiener med. Wchnschr. (1917, Nr. 46).



Neurastheniker, ein besonderes Gewicht zu legen. Nun gibt es ja dafür „Methoden“ sonder Zahl: ich brauche sie wohl hier nicht erst aufzuzählen. Allein gerade nicht zuletzt die vielen wertvollen und nützlichen Menschen unter unseren Klienten pflegen sich recht oft gegen derlei Methoden, deren suggestiven Charakter sie häufig durchschauen (wofern sie sie nicht schon aus der Literatur kennen und daher gegen sie refraktär sind), und zwar, wie ich glauben möchte, zum großen Teil mit Recht ablehnend zu verhalten. Man ist dagegen überrascht, wie dankbar, im subjektiven wie im objektiven Sinne, sie sich zu erweisen pflegen, wenn man die allerdings auch nicht neue, aber leider fast nie befolgte „Methode“ des Individualisierens einschlägt. Denn um hier zu individualisieren, dazu bedarf es zunächst einmal nicht geringen Aufwandes an Zeit und an liebevoller Geduld; dann aber bedarf es dazu umfassender Kenntnis der Menschen und ihrer individuellen Interessensphären und der Zusammenhänge des menschlichen Lebens. Es ist aber leider unsagbar, welch jämmerliche Figur so viele Psychiater durch den Mangel solcher Kenntnisse und das Schablonenhafte ihres Vorgehens machen, und wie sehr sie unserer Wissenschaft schaden; geschweige denn, daß sie imstande wären, den hier in Frage kommenden, weiter unten abzuhandelnden Anwendungen der Psychiatrie gerecht zu werden. Damit, daß man gewisse äußere Formen beobachtet, hat man natürlich noch nicht den Schlüssel zu Welt- und Menschenkenntnis (ein zumal bei jüngeren, in der Praxis stehenden Kollegen häufiger Irrtum); sie zu erlangen, erfordert vielmehr lebendiges Interesse und ernstes theoretisches und praktisches Studium. Heute habe ich einen Finanzmann zu beraten, morgen einen Arbeiter, übermorgen einen Adligen oder einen Offizier, das nächste Mal einen Politiker oder ein andermal einen Beamten, Kaufmann, Landmann, ein nächstes Mal kommt ein Gelehrter zu mir, nicht zu vergessen der Schriftsteller, der Künstler, der Frauenwelt in allen ihren so mannigfachen Spielarten, der Greise und der Kinder, und schließlich noch aller der völklichen und sprachlichen Unterschiede zwischen den Menschen und der unendlichen Mannigfaltigkeit ihrer Einzelwünsche und Einzelsorgen. Und alle diese Menschen kommen zu uns, beileibe nicht um ein Rezept, sondern die allermeisten von ihnen im tiefsten Grunde, damit wir ihnen beistehen in ihren seelischen Nöten. Sie wollen sich vor uns seelisch ent-



kleiden, setzen aber dieser Entkleidung jenen instinktiven Widerstand entgegen, den als eine Art physiologischen Negativismus vor Jahren einmal *Bleuler* treffend gekennzeichnet hat. Wie man nun aber ein schamhaftes Mädchen nicht roh und brutal entblößen wollen wird, wie man eben wird sorgsam individualisieren und diplomatisieren müssen, um sie richtig zu nehmen, ganz ebenso muß man es als Arzt mit den Menschen überhaupt machen, um sie zu dem Punkte zu bringen, an dem der Hebel anzusetzen ist, um ihnen zu helfen. Wie will man das aber bewerkstelligen, wenn man kein Menschenkenner und kein Kenner des Lebens ist! Man nehme noch dazu die Mannigfaltigkeit der subjektiven Klagen, hinter denen sich ja meistens im Grunde noch ganz andere seelische Nöte verstecken als die, welche uns zunächst vorgebracht werden; Nöte, die, wie erwähnt, mit einem gewissen physiologischen Negativismus verborgen gehalten werden, sofern wir den Schleier nicht geschickt zu lüften verstehen. Das alles erfordert natürlieh Zeit, Diplomatie und besondere Kenntnisse des Lebens der Menschen. Leider aber hapert es hierin bei sehr vielen unserer Fachkollegen. Diese Dinge scheinen ihnen eben zu wenig „bedeutend", um sich damit abzugeben. Sie werden allenfalls mit mehr oder weniger Floskeln als Einleitung oder Ausklang der erteilten Konsultationen, als ein lästiger, zeitraubender Tribut an die eingelernten Indikationen der Psychotherapie rasch und schablonenhaft abgetan; denn diese gelten leider gerade den sonst Besten unter uns als viel zu steril, um sich mit ihnen mehr als unbedingtest notwendig zu befassen. Kein Wunder, wenn das nach psychisch-pädagogischer Behandlung förmlich lechzende Publikum, nachdem es vergeblich an die Tür der Berufensten angeklopft, Scharlatanen und Halbscharlatanen und deren „Richtungen" zum Opfer fällt. Nomina sunt odiosa .....

Dieser Zustand, der den Vertretern ernster, wissenschaftlicher Seelenheilkunde eines der wichtigsten Gebiete ihrer Anwendung verschließt, statt es ihnen aufzuschließen, ist ungeheuer beklagenswert. Ganz abgesehen davon, daß reiches und kostbares Material, das mit wissenschaftlichem Blicke gesehen nutzbringendst zu verarbeiten wäre, auf die Weise verloren geht, heißt dies achtlos vorbeigehen an einem Arbeitsgebiet, das uns erlaubt, den Menschen in sehr vielfacher Weise zu h e l f e n und dadurch das Ansehen der Psychiater zu heben! Natürlich gehört auch dazu Verantwortungsfreudigkeit; wie oft tritt

z. B. die Frage der Berufswahl oder der Berufsänderung bei seinen Klienten an den Psychiater heran! Und wer könnte, entsprechende Weltkenntnis vorausgesetzt, zur Beantwortung dieser Probleme mit mehr Autorität berufen sein als der Psychiater! Ein anderer Fall: Ein etwa mit schweren Zwangsbefürchtungen Behafteter, schon in Anstaltspflege Gewesener und bereits zur Invalidisierung Bestimmter soll wieder aufgerichtet, seinem Berufe neu zugeführt werden; und es geht, wenn man nur will! Es geht in jahrelanger, anfangs mühseliger Kleinarbeit, die sich Kenntnis der persönlichen Beschaffenheit des Klienten und, das ist besonders wichtig, seiner Lebensverhältnisse und seiner Interessensphäre zu verschaffen strebt und weiß und ihm wie ein Vormund mit tätigem Interesse in allen diesen Dingen zur Seite steht, auch vor dem Eingehen ins Allereinzelnste nicht zurückschreckend! Oder: Ein unglückliches, alterndes Mädchen, die schon einen Selbstmordversuch hinter sich hat und seither verkrüppelt ist, steckt wieder einmal drinnen in einer reaktiv durchsetzten Depression; mit allgemeinen Trostsprüchen allein ist nichts getan, es ist nötig, durch Schaffung eines ihr zusagenden Wirkungskreises sie abzulenken und ihre Aufrichtung zu beschleunigen; und siehe da, es geht! Wenn man nur nicht davor zurückschreckt, sich um alles anzunehmen, sich für alles zu interessieren, in allem und jedem die Zügel in die Hand zu nehmen, kurz mit tätigem, ins einzelne gehendem Interesse wie ein Vormund für sein Mündel zu sorgen. Beispiele, alle wie die vorangehenden aus der eigenen lebendigen Erfahrung geschöpft, ließen sich da sonder Zahl anführen. Aber immer wieder möchte ich betonen: der Arzt muß, mit diplomatischer Klugheit natürlich, denn nicht jeder liebt es, solches Klientelverhältnis mit rechtem Namen genannt zu wissen, obwohl er es im Grunde als Wohltat empfindet, die Menschen zu behandeln wissen wie ein Vormund sein Mündel. Der Seelenarzt ist sozusagen wie geschaffen zum Berufsvormund für alle Welt.

Er bedarf natürlich, zumal wenn es sich um jugendliche Klienten handelt, da auch der Kenntnis pädagogischer Tonart. Wie denn überhaupt auch das große Gebiet der Erziehung mit in die Domäne des Seelenarztes gehört. Mancher Mißgriff nicht bloß in der Erziehung nervöser und belasteter Kinder und der Kinder luischer und alkoholischer Eltern, sondern unserer Kinder überhaupt, namentlich der so besonders der Verziehung ausgesetzten einzigen Kinder, und da vor



allem solcher weiblichen Geschlechts, würde unterbleiben, hätte der Seelenarzt in diesen Dingen mehr prophylaktischen Einfluß, als dies heute der Fall ist. Aber auch das Klimakterium hat gemeiniglich seine diskreten Sorgen bei Mann und Frau und verlangt nach einem welterfahrenen ärztlichen Seelsorger; und vom Greisenalter gilt ein gleiches. So reicht das Arbeitsgebiet der angewandten Psychiatrie als eines Mentors der Menschen von der Wiege bis zum Grabe! Der Psychiater muß daher in allen Sätteln des Lebens gerecht sein, darf nicht in die Lage kommen, von etwas sagen zu müssen: „Das verstehe ich nicht" oder „Das interessiert mich nicht." Wohl wird er natürlich in vielen Einzeldingen, ähnlich dem Richter etwa, sich an Spezialsachverständige halten müssen, denn schließlich kann man ja von ihm nicht verlangen, daß er in allen Einzelzweigen menschlicher Betätigung wirklicher Fachmann sei; aber soviel generellen Überblick muß er haben, daß er imstande sei, die Hauptwege zu übersehen und jedem den seinigen weisen zu können. Sonst kann er nicht wissen, wo jeden einzelnen Menschen der Schuh drückt, sonst ist er kein Menschenpädagoge, ist somit kein Psychotherapeut; vor allem aber ist er sonst kein zureichender Prophylaktiker, und das muß er in allererster Linie sein! Man nehme da nur das so wichtige und heikle Gebiet der Ehefrage! Wieder ist es der Psychiater, der der berufene Berater bei Eheschließungen sein sollte, übrigens es ja schon heute in seltenen Fällen ist. Wieviel verheißungsvolle Leibes- und Seelensymbiosen vermag er da zu bahnen, wieviel Verhängnisvolles zu verhüten, wieviel vorschnellen Entschlüssen jeglicher Richtung vorzubeugen! Auch da wüßten die Mauern des Psychiater-Sprechzimmers vieles zu erzählen, wenn sie reden könnten. Wie groß kann aber das Unheil werden, wenn solch einem zu Rate gezogenen Arzte, mag er auch die nötigen Fachkenntnisse besitzen, Menschen- und Weltkenntnis abgeht! Ich kenne auch manchen schlimmen Fall dieser Art aus eigener Erfahrung, und ich weiß, daß es besser bestellt wäre, auch in dieser Hinsicht, wenn wir Seelenärzte häufiger und wirksamer, als es heute der Fall ist, als Ehebeiräte tätig wären; aber gerade das könnten wir nur, wenn wir nicht blutlose Fachleute im engsten Wortsinne bleiben wollten, sondern wenn aus uns Weltmänner würden; denn nur der weltmännisch Geschulte und Geölte wird seiner Wissenschaft in diesen Dingen auch Gehör zu verschaffen wissen, nicht der, der dem Publikum bloß welt-

ferner Gelehrter scheint, mag, was er sagt, im Grunde auch noch so richtig sein.

Überhaupt ist der Psychiater bestimmt, nicht bloß Medizinmann zu sein, sondern weltlicher Seelenhirte, und beileibe nicht bloß für seine Klienten, sondern für die Menschheit überhaupt. Wer deren Vertrauen einmal gewonnen, der gewinnt alsbald Einblick und Einfluß weit über sie hinaus in ihrem engeren und zuweilen auch weiteren Kreise und lernt dadurch, indem er selber belehrt, wie sein durch wissenschaftliches Können geläutertes Raten und Eingreifen in alle Lebensverhältnisse Vernunft und Gesundung zu ihren Rechten verhilft. Man muß es erlebt haben, wie dankbar und rückhaltlos sich die Seelen der Menschen dem erschließen, von dem sie merken, daß er sie erkannt hat und diese Erkenntnis verwerten will, um ihnen zu helfen; wie mancher Widerspenstige sich willig zähmen läßt, sofern er nur fühlt, daß die Zügelführung ihm selber frommt und auf Erkenntnis beruhende Beherrschung verrät; und wie sich allgemach die Einflußsphäre des seelsorgenden Arztes auf die ganze Lebensführung seiner Herde zu deren Nutz und Heil ausbreitet. Ja, mehr als das: es weitet sich der Kreis der Herde, über die Angehörigen, Freunde, Bekannten des Klienten, über gesunde Menschen hin in nicht geringer Zahl, in deren Mitte der ärztliche Seelenhirt wie ein Apostel zu wirken vermag, vor dem sich nichts verschließt, und dessen Willensmeinung in allen Fragen der Lebensführung entscheidend ins Gewicht fällt. Aber niemals darf vergessen, stets muß erneut betont werden: der Arzt darf kein Fachsimpel sein; er muß lernen, wie man die Menschen zu nehmen hat; er muß es daher als seine Pflicht ansehen, nicht bloß streng sachliche Fachkenntnisse zu erwerben, sondern muß sich umgetan haben im praktischen und Seelenleben des Alltags, in seinen kleinen Dingen ebenso wie in wirtschaftlichen, gesellschaftlichen, staatlichen, politischen Belangen. Nichts darf er als zu hoch oder zu gering von sich weisen! Wenn uns etwas mit besonderer Eindringlichkeit gezeigt hat, wie sehr alle diese Dinge mit dem Erkenntnisbereich der Psychiatrie zusammenhängen, so daß das eine ohne das andere — und vice versa — nicht klar gesehen werden kann, so war es der Krieg; und wiederum der Krieg ist es, der mit besonderer Eindringlichkeit uns Ärzte an unsere sozialen und nationalen Pflichten mahnt. Hier voranzugehen und voranzuleuchten ist wiederum Sache der angewandten Psychiatrie.

So führt, fast unkenntlich als solche, eine Brücke vom Leben des einzelnen und seines engeren Kreises zum Leben der Gesamtheit. Wir erfüllen darum aber unsere Aufgabe nur zu einem sehr kleinen Teil, wenn wir uns darauf beschränken, den Einzelmenschen Helfer, Warner und Berater zu sein. Nein, gerade für uns Psychiater ist es gebieterische Notwendigkeit, unsere Erfahrungen in allen ihren Zweigen in den Dienst tatkräftiger allgemeiner Kulturarbeit zu stellen, der allgemeinen Menschenhochzucht, der psychischen Hygiene und Eugenik unseres Volkes und dadurch der Menschheit. Darum muß es aber für uns heißen, zeitgerecht theoretische und praktische Kenntnisse in soziologischen, ökonomischen und politischen Fragen zu erwerben und diese Kenntnisse durch Veredlung kraft unserer besonderen Seelentiefenkenntnisse zu Erkenntnissen von allgemeiner, besonderer Bedeutung werden zu lassen. Ich betrachte diese kulturpolitische Aufgabe der Psychiatrie als eine der wichtigsten in Gegenwart und Zukunft, wichtiger als manche fürs Spital und Laboratorium gewiß wertvolle Filigranarbeit auf klinischen, anatomischen und experimentellen Gebieten.

Und so gelange ich an die Grenzen eines Territoriums, das in die Einflußsphäre psychiatrischer Erfahrung einzubeziehen bisher kaum jemandem eingefallen sein dürfte, wiewohl gerade die Gegenwart in aufdringlichster Weise dartut, wie notwendig gerade hier psychologische Erkenntnis ist, die wiederum ohne Kenntnis der psychopathologischen Grenzgebiete und Grenzbeziehungen niemals voll und vollwertig sein kann. Es ist mit einem Worte, wie schon früher mehrfach angedeutet, erforderlich, daß auch die Völker- und Gesellschaftskunde — weit mehr, als dies bisher geschehen ist —, um vollständig erfaßt zu werden, auch nach psychopathologischen Prinzipien erforscht werde. Hier muß in erster Linie der Psychiater selbst Hand anlegen; und darum dürfen ihm diese Dinge keine Terra incognita sein. Man kann in vielfacher Hinsicht sagen: praktische Politik sei die Kunst der Menschenbehandlung, sei daher streng genommen ein Geschwister der Psychotherapie; und also muß es ein Ziel angewandter Psychiatrie werden, ihr Teil beizutragen, daß die handelnde, praktische Politik grober, man möchte sagen naturheilerischer Gewalt entzogen und nach sinnvoll-wissenschaftlichen Grundsätzen und volkshygienischen Zielen orientiert werde. Wieder scheint

hier eindringlich die Notwendigkeit innigster Symbiose von Weltkenntnis mit darauf angewandter psychiatrisch durchgebildeter seelischer Tiefenerkenntnis auf. Der Psychiater, der der Geschichte und dem Geschehen liebevolles Interesse entgegenbringt, kann so berufen sein, Lehrer und Wegweiser für Staatsmänner und Diplomaten der Zukunft zu werden; er könnte kraft seiner besonderen Vorbildung Einblicke in das geschichtliche Geschehen gewinnen und wohlverarbeitet weiter vermitteln helfen, welche die Geschichte erst in Wahrheit zur Lehrmeisterin der Zukunft werden lassen könnten; er könnte insbesondere der so unheilvollen Verwechslung von Mitteln und Zielen, welche in der praktischen Politik fortwährend das fürchterlichste Unheil anrichtet, im Innern der staatlichen Gemeinschaften wie im Leben der Völker untereinander steuern helfen; er hätte von seiner forensischen Tätigkeit her — siehe oben — reichlich Gelegenheit, denkmethodische Erfahrung einschlägiger Art gewonnen zu haben, und könnte, bewaffnet mit dem Rüstzeuge wissenschaftlicher Seelenkenntnis, Menschen und Völker schließlich näher zu bringen lehren.

Es wäre verlockend, an der Hand von einzelnen Beispielen darzutun, wie sehr gerade die allerwichtigsten Kapitel menschlicher Geschichte förmlich nach der befruchtenden Durchforschung durch die Psychopathologie lechzen, wie ein Kornfeld nach dem Regen. Ich behaupte nochmals: es sind dies gerade die wichtigsten, tief in unser Gegenwartsleben hineingreifenden Kapitel menschlicher Geschichte. Soll ich sagen, was wir wissen oder wenigstens wissen sollen, wie Spätrom eine der Hauptgrundlagen unserer gegenwärtigen Entwicklung ist? Aber was ist denn dieses Spätrom? Wer sich nur ein wenig zu vertiefen sucht in das Studium dieses vielleicht folgenschwersten Abschnittes der Weltgeschichte überhaupt, der muß sich sagen, daß schwerste seelische Entartung der Führenden wie der Geführten, Entartung in verschiedenster Gestalt, die Grundlage gerade dieses Zeitalters war, mit dem unsere Kultur durch tausend sichtbare und unsichtbare Bande verknüpft ist. Ungeheuer viel von dem Jammer, aus dem wir nicht herauskommen und in dem wir uns, ihm zu entrinnen suchend, gleichwohl fortwährend wie in einem verhängnisvollen Kreise herumdrehen, kommt daher, daß der Fluch Spätroms nachwirkt. Weil wir aber das Krankhafte dieser Belastung nicht hinreichend erkannt haben, oder weil die Nutzanwendung dieser

Erkenntnis fehlt — denn es fehlt der Kontakt zwischen Geschichtsforschern, Psychiatern und Staatsmännern, fehlt die Anwendung psychiatrischer Erkenntnis und ärztlicher Ziele auf diese Belange —, darum will uns die Entlastung noch nicht gelingen. Es ist so, wie wenn die Nachkommen eines Säufers dessen eigene, verhängnisvolle Trinkerlogik geerbt hätten und sich immer wieder durch deren Irrtümer gleich ihrem Erzeuger betäuben würden, weil diejenigen, die berufen wären, sie aus diesem falschen Kreise herauszuführen, selber blind in diesem falschen Kreise herumgehen. Wenn man etwa *Ferreros* prachtvolle römische Geschichte liest, dann erschrickt man über die fast photographisch treue Homologie der Erscheinungen öffentlicher Entartung und verhängnisvoller Massenpsychogenie (im spätesten Rom etwa vom 3. Jahrhundert ab wurde sie wohl zur schwersten Massenhysterie und Massendefektuosität), welche das damalige Zeitalter charakterisierte, ganz wie das unsrige! Leider haben wir wenig daraus gelernt, weil die Nutzanwendung der Erkenntnis auf unsere heutigen Tage fehlt oder nicht von berufener Seite her vermittelt wird. Da predigen wir Ärzte aus tiefster seelischer Überzeugung im Sinne seelischer Hygiene unseren Patienten Abkehr vom Materialismus. Aber zur selben Zeit, wo wir dies in unseren Sprechzimmern tun, triumphiert der Materialismus draußen im öffentlichen Leben, von 1000 Sophistenzungen verteidigt, und wirft sich zum Herrscher der Gegenwart auf! Wir Ärzte glauben aber genug getan zu haben, wenn wir den Kampf gegen diesen wegen seiner suggestiven Gewalt über die Geister verderblichen, aller Völkerhygiene grundsätzlich feindlichen Materialismus rein kasuistisch in unseren vier Wänden führen, um dann nach getanem Stückwerk unsere Hände abzuspülen und am Ende recht munter all die Tollheiten noch selber mitzumachen, gegen die wir soeben mit dem Brusttone der Überzeugung gewettert haben! Das ist, als ob wir dicht bei unserem Sprechzimmer eine Branntweinbude dulden und diese sogar selbst noch vor aller Augen aufsuchen würden, nachdem wir eben andern Mäßigkeit, Enthaltsamkeit gepredigt! Ja, mehr als das: es gibt Tausende unter uns Ärzten, die als Ärzte überzeugte und unentwegte Kämpfer gegen die materialistische Weltanschauung sind, außerhalb ihres Berufes aber ganz harmlos und gedankenlos in dem trüben Phrasengewässer ihrer Sophisten plätschern, ohne sich des



Widerspruches bewußt zu werden. Das kommt daher, weil so ungeheuer vielen unter uns der innere organische Kontakt zwischen Fachwissen und sonstigen Kenntnissen, soweit sie solche erworben haben, fehlt. Ohne solche organische Verbindung ist aber eine ersprießliche Anwendung psychiatrischer Maximen auf die Menschendinge nicht möglich.

Daß natürlich eine psychopathologisch durchgebildete psychologisch-historische Betrachtungsweise auch manches wichtige Kapitel der Völkerkunde erhellen wird, liegt auf der Hand. In mancher Hinsicht ist hier schon fruchtbare Arbeit geleistet. Ich erinnere nur an die Forschungen über psychische Epidemien in Vergangenheit und Gegenwart. Auch die Rassen- und Völkerpsychologie hat bereits manche Befruchtung durch die Psychiatrie erhalten. Was mir freilich zu fehlen scheint, das ist die weitergehende, ich möchte sagen therapeutische Nutzanwendung aus manchen dieser Ergebnisse auf das Praktische, das Kulturleben der Gegenwart; und doch lehrt ein Blick auf die uns alle so tief bewegenden heutigen Geschehnisse aufs neue, wie nahe gerade im Seelenleben der Völker, zumal es sich da um Massenpsychologie, also ein eminentes Grenzgebiet zwischen Normal und Abnorm, handelt, Gesundes und Krankhaftes, zumal Hysterisches sich berühren. Die Kenntnis von Völkercharakteren und die Möglichkeit der praktischen Nutzanwendung daraus scheint mir in systemvoller Weise ohne Erkenntnis der Erscheinungen auch abnormen seelischen Geschehens nicht restlos denkbar. Ich möchte nicht gern mich selbst wiederholen und möchte darum an dieser Stelle nur in aller Kürze auf zwei Abhandlungen hinweisen, deren eine („über krankhafte Ideen") kurz vor dem Kriege im Rahmen der „Grenzfragen" erschienen ist, indes die andere ebendaselbst zurzeit vor dem Erscheinen steht („Krieg und Geistesstörung"). Schon in der ersten dieser beiden habe ich, mit dem Auge des psychologisch geschulten Seelenkenners sehend, manche Besonderheit des deutschen und mancher andern Völkercharaktere beleuchtet, Vergleiche angestellt und auf Nutzanwendungen hingewiesen, die einen Rezensenten der Arbeit nachher veranlaßt haben, auszusprechen, daß manches darin fast prophetisch klinge. In der jetzt zum Erscheinen bestimmten Abhandlung will ich dann auf diese Dinge nochmals etwas ausführlicher zurückkommen, denn sie erscheinen mir heute von besonderer



Aktualität, und ihre Beachtung halte ich für sehr wesentlich und nützlich. Insbesondere möchte ich aber erneut auf einen Umstand weisen, welcher dem nicht psychiatrisch geschärften Blick sehr gewöhnlich zu entgehen pflegt und die angewandte Psychologie des Alltaglebens, wie sie der Staatsmann nach innen wie nach außen praktiziert, zu schwersten Mißgriffen verleiten kann: es ist dies die vielfach mangelnde Unterscheidung zwischen Verstandeslogik und Gefühlslogik. Wer nun aber, und gerade dem Psychiater ist es nicht neu, weiß, wie überraschend wenig Gemeinsamkeiten diese Logik und jene Logik miteinander haben, wie ungleich ursprünglicher, triebhafter und darum selbst beim Kulturmenschen gewaltiger alles Affektive ist gegenüber dem Intellektuellen (die Verkennung dessen ist ja einer der Hauptfehler der aus Kontorrechenpult-Abstraktion geschöpften materialistischen Weltanschauung), der wird nicht überrascht sein, wie wenig alles noch so sorgsam mathematisch und rationalistisch konstruierte Rüstzeug auszurichten vermag gegen eine Front wiederum verstandesmäßig oft kaum faßbarer, aber durch das Bindemittel einer rein gefühlslogischen Gemeinschaft besonders affektstarker, trotzdem und vielleicht gerade deswegen verstandesmäßig wenig durchgebildeter Komplexe und von solchen Komplexen Besessener. Und vielleicht nicht zuletzt zieht der instinktive Haß der gefühslogischen Mehrzahl der Menschen gegen die harte, auf Verstandeswerten fundierte Tüchtigkeit Mitteleuropas seine Hauptsäfte aus der Unlust mitteleuropäischer Pädagogik, sich mit gefühlspsychologischen statt mit rationalistisch-physikalischen Mitteln Anerkennung und Geltung zu verschaffen. Wieder erscheint es mir als eine wichtige Aufgabe angewandter Psychiatrie, diejenigen, die berufen sind — und in unserem Zeitalter sind das immer mehr und mehr —, Mitteleuropas Interessen zumal nach außen hin zu fördern, aufzuklären über solche Belange der Gesellschafts- und Völkerpsychologie. Dann erst wird die Geschichte nicht bloß da sein, um gelernt zu werden, sondern, damit aus ihr gelernt werde.

Ein gleiches gilt aber auch von der Kultur- und Sittengeschichte, wie schon an früherer Stelle bemerkt worden ist. Darum hätte auch dem Kultur- und Gesellschaftsforscher der Psychiater die Hand zu reichen, auf daß sie beide vereint der Rassenhygiene Wege und Ziele weisen. Als Naturforscher vor dem Verdachte rückwärts-



gerichteten Denkens und Fühlens gefeit, wird der Psychiater einleuchtend darzutun haben, welch ein grundlegender Unterschied obwaltet zwischen Fortschreiten nach abwärts und Fortschreiten nach aufwärts. Beides wird leider nur zu gern miteinander verwechselt. Ja, mehr als das: weil das Abwärtsfortschreiten naturgemäß leichter und geschwinder sich vollzieht als das mühsame Aufwärtsklimmen, wähnen viele und nicht immer die Schlechtesten, in ihm den geraden, richtigen Weg zum idealen Kulturziel zu erblicken. Welch trügerisch verhängnisvolle Verwechslung! Mögen sie doch nur *Ferrero*, den schon genannten Historiker, studieren, einen Forscher, der sehr weit auf der linken Seite der Geister steht und doch nicht umhin kann, mit unerbittlicher Schärfe schon vor 2000 Jahren modern gewesene Irrtümer als solche bloßzulegen, die heute wiederum als „fortgeschrittene" Weisheit sich breit machen! Gerade der Psychiater, der die Erscheinungen der degenerativen Entartung innehat wie kein zweiter, sieht in seiner Werkstatt an einzelnen wie an ganzen Gruppen täglich aufs neue die verhängnisvollen Früchte mancher sich modern gebärdenden Irrlehre reifen und — welken! Die Aussprache, die über das Thema „Krieg und Bevölkerung" in der Gesellschaft der Ärzte zu Wien im Vorjahre stattgefunden hat (im Anschluß an den gleichlautenden Vortrag *Tandlers*[1])), hat auch auf diese Fragen manches Licht geworfen. Für die Orientierung des „Abwärtsfortschrittes" ist phänomenologisch vielleicht am bezeichnendsten die besonders erhöhte Suggestibilität des einzelnen und der Massen gegenüber Schlagwörtern, die sich an Ideenkomplexe anlehnen, deren besondere Gefühlsbetonung der Augenblickskonstellation oder aber allgemeiner, undurchdachter Phraseologie oder subjektivistisch-überindividualistischer Grundtendenz entstammt; ist weiter kennzeichnend der kritiklose Sensationismus und die Empfänglichkeit für sophistische Dialektik; und dann der vielberufene Glaube an die wesentlich materialistische Grundlage menschlicher Euphorie. Alles Dinge, deren trügerische Kurzschlägigkeit gerade der Seelenarzt als weltlicher Seelenbeichtvater und weltlicher Seelsorger so vieler und gerade oft kulturschaffender, vielleicht eben gerade darum neuropathischer oder neuropathisch gewordener Menschen nur zu gut kennt! Manches Bekenntnis dieser Art wäre,

[1]) Siehe die Aufsatzserie (alle Aufsätze unter gleichem Titel) in Wien. klin. Wschr. 1916.



schriftlich niedergelegt, ein kostbares Kulturdokument, würde dartun, als wie schädlich aller Snobismus von manchem sein Leben lang rein materiell gerichtet gewesenen Snob empfunden wird und beileibe nicht etwa bloß aus depressiver Selbstanklägerei heraus empfunden wird, freilich erst, wenn es für ihn individuell schon fast zu spät geworden ist! Alle diese ärztliche Erfahrung liegt für die Allgemeinheit eben brach, sie dringt kaum hinaus über die ärztlichen Sprechzimmer, über die Spalten der Fachpresse, die Nutzanwendung für die Gesamtkultur aber fehlt fast zur Gänze, weil Psychiater und andere Schicksalsbestimmer der Menschen den Weg zu ernster, gemeinsamer Arbeit miteinander bisher nicht zu finden vermochten: und weil die Anwendung psychopathologischer Erfahrungen auf die Erziehung der Menschen und Völker bisher fehlt.

Noch mehr: es stünde auch um die Erörterung und Verwertung mancher andern, heute durch der Parteien Gunst und Haß verzerrten Tagesfrage von grundlegender Schicksalsbedeutung für Völker und Menschheit besser, würden an ihrer Lösung vor allem gerade auch die durch die strenge Schulung und Erfahrung der psychiatrischen Wissenschaft Hindurchgegangenen — nicht aber darin Vereinseitigten! — teilnehmen. Mit zum Teil feuilletonistischen pathographischen Studien, deren Einseitigkeiten übrigens von andern nicht selten mit Fug abgelehnt werden, ist es da allerdings nicht getan; wir müssen hier eine viel breitere Brücke schlagen aus unserer Werkstatt über tiefe Gräben hinüber zu jener großen Werkstatt, in welcher der Menschheit Werdegang bestimmt wird.

Ich muß und will es unbedingt vermeiden, hier irgendwie so etwas wie Partei in Tagesfragen zu ergreifen, will drum darüber an dieser Stelle keine subjektiven Werturteile aussprechen, denn diese Ziele sollen ja nur ein allgemeines Kredo, einen allgemeinen Programmentwurf bedeuten. Allein das eine muß mir erlaubt sein, auf einige große Fragen von einschneidendster Bedeutung trotz unmittelbarstem Gegenwartswert hier wenigstens hinzuweisen, die heutzutage immer nur parteimäßig von rechts oder von links her, kaum je aber durch das klare Auge wissenschaftlich-empirischer Seelenkunde gesehen zu werden pflegen; Fragen, die von jedem, der der allgemeinen Wohlfahrt wirklich ehrlich dienen möchte, über den Streit



der Sophisten aus allen Lagern hinweg zunächst einmal der Betrachtung und Erwägung durch die wirklichen Kenner der Menschenseele vorzubehalten wären, unter denen natürlich der im praktischen Leben geschulte Psychiater, dessen Stimme im Kampfe der Geister bis heute kaum zu hören ist, mit an vorderster Stelle zu stehen hätte. Ich erwähne nur das große und wichtige Gebiet der Frauenfrage: Wieviel an müßigem Agitatorenzank und Feuilletongeschwätz macht sich auf diesem so ungeheuer wichtigen Gebiete selbstbewußt und selbstgerecht breit, von links wie von rechts nur Unheil und Vorurteil verbreitend, während die maßgebende Stimme beherzter Hygieniker gleich jener des Rufers in der Wüste verhallt und die Stimme berufener Seelenärzte, die doch wahrlich die Frauenseele im kranken wie im gesunden Zustande und bis zu Tiefen durchforschen, in die sonst keines Sterblichen Auge dringt, überhaupt nirgends zu hören ist. Von den großen Fragen der Eheschließung, Ehehygiene, Reproduktion und Kindererziehung war schon an früherer Stelle die Rede; auch sie füllen einen breiten Raum im öffentlichen Leben, auch sie fordern die Anwendung der psychiatrischen Lehren auf die Diskussion förmlich heraus. Und anknüpfend an das gleichfalls bereits mehrfach angezogene Gebiet der Rassenhygiene darf ich hier vielleicht auf den so modern gewordenen Komplex der Rassenfrage überhaupt hinweisen. Auch er wird heute, von links so gut wie von rechts, mit sophistischem Parteigezänke, vielfach von seiten ganz Unberufener, in breitester Öffentlichkeit behandelt, ohne daß das gewichtige Wort der Naturforscher, insonderheit aber der Psychiater, sich ernstlich vernehmen ließe: und doch sind gerade wir es, die positiv jedenfalls so viel wissen, daß in allen diesen mehr weniger laienhaften Meinungen darüber ein gut Stück Wahrheit steckt, daraus sich manche praktische Nutzanwendung gewiß schon heute ziehen ließe; daß aber die Frage der endgültigen Verarbeitung solcher Elemente zu je nach Parteistandpunkt positiven oder negativen Systemen mangels Kenntnis vieler Grundtatsachen und Zusammenhänge heute nichts weniger als spruchreif ist; und daß es daher heute gewissenloses Kurpfuschen genannt werden muß, wenn Leute erbittert ablehnen oder begeistert zustimmen je nach Parteistandpunkt, wenn solche Leute vor der breitesten Öffentlichkeit in diesen Dingen das große Wort führen oder gar als Schiedsrichter in diesen Dingen



sich gebärden, denen jede tiefere Erfahrung darin mangels wirklichen Einblicks in dieses so ungeheuer komplexe Geschehen fehlt, fehlen muß.

Seelenkunde will eben wissenschaftlich, nicht im Nebenamte, gelernt und geübt sein, wissenschaftliche Erfahrung ist auch da die unumgänglich erforderliche Voraussetzung für zureichende Orientierung im Geschehen des praktischen Lebens, und wer da wähnt, auf Grund juristischer, volkswirtschaftlicher, soziologischer, belletristischer und sonstiger Salon-, Bierbank- oder Studierstubenkenntnisse, außer er sei ein intuitives Genie, zu einem tieferen, zureichenden und begründeten Urteil in seelenkundlichen Belangen befugt zu sein, der gleicht dem Handwerker oder Dilettanten, der sich befähigt erachtet, in physikalischen Problemen mitzureden und mitzuhandeln, weil er damit handwerkmäßig zu tun hat, oder dem Schäfer, der als Heilarzt aufzutreten sich anmaßt; die *Edison* und *Prießnitz*, auf die sich solche Laien gern berufen, sind nun einmal nur geniale Ausnahmemenschen; darum sollten gerade wir Psychiater in kräftiger und doch kluger Aufklärungspropaganda Front machen gegen die heutzutage noch immer das große Wort beanspruchende Dilettantenpsychologie. Schließlich sammelt natürlich ein jeder, der mit offenen Augen durchs Leben geht, psychologische Kenntnisse, doch pflegen solche alsdann mit seltenen Ausnahmen kaum mehr zu sein denn ein wenig geordnetes, oft nur unbewußt zusammengehaltenes, vorurteils- und widerspruchsvolles, von jeder Stimmung durcheinandergebeuteltes Stückwerk. Aber ebenso bruchstückhaft bleibt die Seelenkenntnis des Psychiaters, der sich ängstlich in seine engere Werkstatt einschließt und den Weg ins Freie, ins Leben hinaus zu betreten sich scheut. Erst wo zwei Flüsse zusammenkommen, wird daraus ein Strom, der weithin die Ufer befruchtet!

Darum erscheint es mir dringend geboten, darauf hinzuweisen, daß es von nöten sein wird, dieses Zusammenfließen der beiden Quellgebiete seelischer Kenntnis und Erkenntnis, seelischer Weiten- und seelischer Tiefenerforschung irgendwie planvoll in die Wege zu leiten. Möge darum die angewandte Psychiatrie, mögen alle die Fragen, die ich hier nur vorgeführt habe, ohne sie nach Inhalt und Zahl auch nur entfernt zu erschöpfen, zum Gegenstande planvoller, ernster Arbeit aller Beteiligten, vor allem aber auch der Psychiater, werden!



Mir will es scheinen, als würde sich hier ein wissenschaftliches Neuland eröffnen, das noch erst zu erschließen wäre. Diese Arbeit zu fördern und zu organisieren, Erfahrungen zu schöpfen und planvoll zu Systemen zu knüpfen, eine angewandte Psychiatrie als Wissenschaft auszubauen, wäre Pflicht unserer engeren Kreise, aber, meine ich, auch von Staat und Gesellschaft Und vielleicht wäre es alsbald an der Zeit, wichtige Ergebnisse solcher Forschungen zunächst akademisch, ex cathedra, auch zu propagieren.

Und schließlich darf ich hier wohl noch ein Wort als Österreicher sprechen, dem sein Vaterland vor allem teuer ist, der aber zugleich als deutscher Österreicher darüber hinaus mit aller Kraft dem ganzen deutschen Volke dienen möchte; und dem gerade nicht zuletzt der Gedanke waffenbrüderlicher Zusammenarbeit auf den jenseits aller Tagespolitik liegenden Gebieten der Wissenschaft und Kultur seit Jahren schon, lange vor dem großen Kriege, Herzenssache war. Man hat sich gewöhnt, uns Österreicher auf diesen Gebieten als die Empfangenden, die Brüder und Kollegen „im Reiche" als die Befruchtenden anzusehen; und doch, glaube ich, vermögen auch wir ein wichtiges Teil an fruchtbaren Kulturwerten zum Wohle der deutschen Volkheit und damit der Menschheit überhaupt zu steuern, vermögen auch wir den Brüdern „im Reiche" manchen Weg zu weisen, den zu beschreiten gerade die gewaltige Gegenwart als notwendig erwiesen hat. Man ist draußen, so scheint es nicht nur mir, ein wenig zu weit von der Natur abgekommen, ist geistig ungeheuer hochgekommen und kolossal ertüchtigt, aber auf Kosten natürlichen Menschengefühles und darin wurzelnden natürlichen Menschenverstandes überhaupt, aus dem die großen schöpferischen Individualitäten keineswegs minder häufig geboren werden denn aus der Fabrik und dem Laboratorium, dessen sie nur zur Schulung nicht entraten können; man ist draußen zu einer erstaunlich gewaltigen Schulkultur und zu einer hohen Durchschnittlichkeit gelangt; leider aber zu sehr auf Kosten der seelischen Natürlichkeit und der gerade in ihr wurzelnden Anlagen zum Takte und zur Diplomatie, wodurch nicht zuletzt man sich einen nur zu großen Teil der übrigen Menschheit entfremdet, um dessentwillen man in drangvollen Tagen den Kelch der Leiden bis zur



Neige hat leeren müssen. Ich mag nicht wiederholen, worauf ich früher hingewiesen habe, mich nicht nochmals selbst zitieren; vielleicht aber darf ich aussprechen, daß die Ereignisse, Wendungen und Stimmungen dem naturnäheren, sei es auch schulmäßig minder durchgebildeten und minder systemdurchgedacht organisierten Österreicher nicht so sehr in Einzelfällen und Einzelereignissen, aber doch in der Gesamtheit der Entwicklungen in manchen Stücken recht gegeben haben. Manchen leisen und lauten Spott, viel Unverstehen für seine in vielem natürlichere, in manchem auch wiederum gehemmtere, antriebärmere Art, selbst manchen Tadel mußte der österreichische Forscher im „Reiche" draußen erleben; und mancher, der begeistert hinauszog, kam gekränkt zurück, weil er sich übel verstanden fühlte. Indes, Fehler und Vorzüge des Wesens wurzeln oft untrennbar im gleichen Mutterboden, und freuen wir uns darum, statt einander gegenseitig zu verkürzen, unserer „Fehler" wie unsere „Vorzüge", die einander ergänzen, trachten wir aber darüber hinaus, diese auszubauen, jene auszumerzen, soweit dies ohne innere Gewaltsamkeit möglich ist, indem wir aneinander und voneinander lernen. Und arbeiten wir gerade darum zusammen in Wissenschaft und Kultur!

Es ist in diesem Sinne vielleicht nicht einmal ein Zufall, wenn es ein Österreicher ist, der den Psychiatern zuruft: Heraus aus dem Turm, hinaus ins Leben! Es kennt euch nicht, wie ihr es nicht kennt, und verkennt euch darum, wie ihr es verkennet. Wird erst die Menschheit wissen, was ihr ihr sein, was ihr ihr geben könnet, wird sie euch rufen! Darum bereitet euch beizeiten, dem Rufe zu folgen!



Von der Übertragung religiös-überspannter und theosophischer Ideen und von einer Gruppe „wahrer Menschen“.

Von

Peretti (Grafenberg).

Unsere körperliche und geistige Entwicklung, unsere Erziehung, unser Unterricht und unsere gesamten Bestrebungen wären unmöglich, wenn wir nicht die Anlage zur Nachahmung besäßen. „Dieweil nun Affen, Mensch und Kind — Zur Nachahmung geboren sind“, wie *Goethe* in einem seiner leicht hingeworfenen Gedichte sagt, können wir nicht anders, als diesem Triebe folgen, wir haben aber als vernunftbegabte Wesen die Pflicht, zu verhüten, daß er seine Macht zu einer ungezügelten Tyrannei über unser Denken und Handeln auswachsen läßt.

Die niedrigste Stufe der Nachahmungsanlage stellt sich dar als imitatorischer Reflex (*Finkelnburg*) in den ungewollt übertragenen Muskelbewegungen beim Gähnen, Räuspern und Hüsteln anderer. Die höheren Stufen sind die des Nachempfindens und des Nachglaubens mit den sich daraus ergebenden Handlungen.

Eine pathologische Steigerung des imitatorischen Reflexes zeigt sich aufs deutlichste in dem Lattah auf Java und Malacca [1]) und in den von *Högstrom* [2]) geschilderten Gebärdennachahmungen in krankhaften Zuständen bei den Lappen. In den Tanzkrankheiten des Mittelalters (Johannistanz, Veitstanz, Tarantismus), mit denen uns *Hecker* und *Wicke* näher bekannt gemacht haben, macht sich schon mehr ein Einschlag des Nachempfindens bemerkbar, der in den Kinderkreuz-

---

[1]) *Bartels*, Die Medizin der Naturvölker. 1893.

[2]) Zit. bei *Emminghaus*, Allg. Psychopathologie. 1878.



zügen, Judenverfolgungen und Geißlerfahrten im 13. und 14. Jahrhundert die Oberhand gewann, so daß man von psychischen Epidermien reden konnte.

Auch der Normale, selbst der kritische Verstandesmensch kann sich über eine gewisse Gläubigkeit nicht hinwegsetzen. Aus der Kindheit, der Zeit des unbedingten Nachglaubens, bleibt trotz aller Bildung und Überlegungskraft jedem ein mehr oder weniger einflußreicher Teil der Eigenschaft des Nachempfindens und der Gläubigkeit als ein förderndes Moment bei Begeisterung für Gedanken anderer in Kunst, Wissenschaft, Politik und Verkehr oder aber auch als ein „Erdenrest zu tragen peinlich" für intelligente Persönlichkeiten in nicht zu überwindenden Vorurteilen, Sympathien und Antipathien.

Je ausgeprägter bei einem Individuum der Nachahmungstrieb vorhanden ist, desto leichter und schneller unterliegt es der Suggestion, der Übertragung und kritiklosen Annahme einer Vorstellung, die durch Wort, Schrift oder Beispiel eines andern geweckt wird. „Mit logischen Gründen überzeugen wir einen denkenden Geist, mit machtvollen Suggestionen überrumpeln wir ein lenksames Gemüt. Nicht die Logik siegt bei der Suggestion, sondern der Glaube" (*Gaupp*, Wahn und Irrtum im Leben der Völker. Tübingen 1916). Das günstigste Gebiet für die Wirkung der Suggestion war von jeher die Religion, die Domäne des Glaubens.

Seit der Zeit, als Sauls drei verschiedene Botengruppen den Prophetenchören Samuels begegnend ebenfalls zu weissagen begannen und Saul dann selbst hinzukommend dem Beispeil folgon mußte, woher die Bibel das Sprichwort: „Ist Saul auch unter den Propheten?" herleitet, sind Übertragungen religiöser Vorstellungen ungewöhnlicher Art auf die Einfalt einzelner frommer Gemüter und auf die Psyche der Masse bis in die Gegenwart vorgekommen und gaben häufig genug Anlaß zu Massenbewegungen, von denen die Geschichtswissenschaft als psychischen [illegible] demien spricht. Gegenstand psychiatrischer Schilderung sind [illegible] ich aus der Literatur ersehe, zuerst geworden, als *Maffei* im [illegible] in Oberösterreich mehrere Fälle von Pöschlianismus zu sehen [illegible] hatte, Anhänger einer Sekte, die im Glauben, sie müßten den [illegible] Herrn des Himmels durch Hingabe der Habe, des eigenen [illegible] eigenen Kindes, ja des eigenen Lebens versöhnen, von Haus [illegible] und blutige Menschenopfer darbrachten. *Maffei* wollte [illegible] als Krankheit, als „epidemischen Wahnsinn" aufgefaßt wissen [illegible] schien ihm auch sonst zur Vermeidung der Bildung [illegible] Glaubenssekte für zweckmäßig, „diese Erscheinung [illegible]

ein Fach von Leiden zu bringen, welches allgemein gekannt, ohne Neugierde, Eitelkeit oder Reiz der Nachahmung zu erwecken, dem damit Behafteten im besten Falle Bedauern, meist aber Gelächter und Spott zum Lohne bringt. Denn wer wird gerne ein Wahnsinniger sein wollen?" Es ist nämlich eine „uralte Erfahrung in der Geistesgeschichte des Menschen, daß man auf zehntausend freiwillige Märtyrer noch lange nicht einen freiwilligen Narren zählen dürfe und könne" [1]).

Die späteren Autoren vertraten bezüglich der religiösen Epidemien keinen übereinstimmenden Standpunkt. Gegenüber *Ideler*, der im Anschluß an *Calmeil* eine Theorie des religiösen Wahnsinns versuchte [2]), will *Jeßen* [3]) als Somatiker in seinen Aufsätzen über die Konvulsionen unter den Jansonisten in Paris 1730 und über die Inspirierten und Fanatiker in Languedoc 1688—1780 diese Erscheinungen „nicht für epidemischen Wahnsinn, sondern höchstens für epidemischen Unsinn, welcher überhaupt eine viel größere Fähigkeit der epidemischen Ausbreitung besitzt", gelten lassen. „Multa ficta, pauca a morbo, nihil a spiritu" — eine Anschauung, die sich auch *Pelman* [4]) für die Hexenprozesse zu eigen macht. Wenn *Pelman* auf Grund der um die letzte Jahrhundertwende herum gemachten Beobachtungen über religiöse Epidemien bei den Russen (Duchoborzen) und über die von *Gudden* [5]) beschriebene Epidemie im blauen Kreuzhause zu Kassel aus dem Juli 1907 (Verzückungen, Erleuchtungen, Sündenbekennen, Visionen, Zungenreden usw.) als vereinzelte Anklänge aus dem Mittelalter vor der Meinung warnt, daß unsere vielgepriesene Zeit der naturwissenschaftlichen Bildung immun und von den alten Schädlichkeiten frei geworden sei, so muß man ihm unbedingt beistimmen. Denn aus den letzten Jahrzehnten sind außer der Kasseler Epidemie noch weitere zu verzeichnen. So die im Dezember 1891 und Januar 1892 in Südrußland herrschende religiöse Bewegung der Maljowanniten, die mehr als Tausend zählend nach dem Vorbild des paranoischen Kleinbürgers Maljowanny, der sich für Jesus Christus hielt, in Erwartung des Weltunterganges in heiterer Exaltation predigten, Hab und Gut verkauften oder verbrannten und sich festlichen Genüssen hingaben. *Sikorsky* fand unter ihnen nur eine spärliche Zahl von wirklichen Geisteskranken. *Bechterew* [6]) hat diese psychopathische Epidemie des Maljo-

---

1) *Maffei*, Epidemiseher Wahnsinn. Med. Jahrb. neueste Folge, VI. Bd.

2) *Ideler*, Versuch einer Theorie des religiösen Wahnsinns. 1848.

3) *Jessen*, Allg. Ztschr. f. Psych., Bd. 7, 1850 und Bd. 11, 1854.

4) *Pelman*, Psychische Grenzzustände. 2. Aufl. 1912.

5) *Gudden*, Über Massensuggestion und psychische Massenepidemien. München 1908.

6) *Bechterew*, Die Bedeutung der Suggestion im sozialen Leben. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, 39. Heft, 1905.



wannismus und noch andere sektiererische Versammlungen und Epidemien unter den Russen und eine chinesische Sekte i-che-tuan psychiatrisch beleuchtet. *Schönfeldt*[1]) hatte Gelegenheit, in der Anstalt zu Riga die Übertragung religiöser Wahnideen zu beobachten, da ein Kranker seine Vorstellung, er sei Christus, an die anscheinend auch zwei seiner Geschwister glaubten, auf einen Pfleger der Anstalt und dessen Bruder übertrug. Im Jahre 1900 berichteten die Zeitungen von einer religiösen Gesellschaft in einem holländischen Dorfe, die aus 30 Mitgliedern bestand und sich in dem Hause eines sich für den Messias haltenden geisteskranken Bauern versammelte. Um dem Herrn ein Opfer zu bringen, erschlug der Bauer im Beisein seiner Frau und zweier Mädchen unter Singen von frommen Liedern seinen Knecht, und alle vier wuschen sich in dessen Blute die Hände. In einem Dorfe der Niederlausitz forderte Ende 1901 der Teufelsglaube sein Opfer; ein junger Bauer, Mitglied einer „bekehrten" Familie, überzeugte seine Angehörigen von seiner durch Offenbarung erkannten Johannisgleichheit und in einem eigenartigen Zustand von Erregung, bei dem sie sich vom Teufel besessen glaubten und alle nackt auszogen, wurde die Mutter, die selbst den Teufel aus sich auszutreiben verlangte, sowie eine andere Frau erwürgt[2]).

Harmloser betätigte sich eine kleine sektiererische Gemeinde, die Ende der 90er Jahre in der hiesigen Gegend, in dem wegen seines Sektenwesens bekannten Wuppertal, ein erblich belasteter psychopathischer Pastor gründete, der das „echte, wahre Christentum" verbreiten wollte und sich dadurch in seinem Amte unmöglich machte. Sein Nachfolger Fr., den wir in der hiesigen Anstalt beobachten konnten, schloß sich trotz Warnung von seiten der geistlichen Behörde dieser Bewegung an und büßte ebenfalls, weil er Erweckungsversuche machte und den Leuten auf der Straße den Teufel austreiben wollte, seine Stelle ein. Er übertrumpfte seinen Vorgänger noch, erklärte ihn für einen fleischlichen, unlauteren Geist, während er sich selbst als „in dem lebendigen Glauben völlig erlöst von Sünde, Tod und Teufel", als einen Heiligen hinstellte, der nicht mehr sündige. In den Zusammenkünften, an denen 14—18 Personen, fast alle weiblichen Geschlechts, teilnahmen, sprach er über Bibeltexte, aber auch darüber, daß sie als geheiligte und Gott gleichstehende Christen keine Obrigkeit brauchten, daß er die armen verrückten Leute bedauere, die sich an einen Arzt wendeten, da diese nur akademisch gebildete Schwindler seien und mit den Giftmischern, den Apothekern, unter einer Decke steckten und dgl. Das gegenseitige Umarmen und Küssen der Mitglieder der Gemeinde bei Begegnungen auf der Straße erregte unliebsames Auf-

[1]) *Schönfeldt*, Über das induzierte Irresein. Diss. Dorpat, 1893 und Archiv f. Psych., 26. Bd., 1894.

[2]) *Schulze*, Sektierertum und Geistesstörung. Allg. Ztschr. f. Psych., 59. Bd., 1902.



sehen und als die Anzeige erfolgte, daß Fr. alle zu den religiösen Andachten kommenden Mädchen küßte, und daß eine Frau, das „Sonnenweib“ (nach der Offenbarung Johannis so benannt), die er als seine Mutter bezeichnete, aus seinem Zimmer gekommen sei, wo er in der Badewanne saß, veranlaßte der Staatsanwalt seine Überführung in die Anstalt. Hier bot er ein paranoisches Krankheitbild. Sich und die Seinen hielt er für die Einzig-Reinen, alle anderen Menschen für sündiges Fleisch und Teufel. Er sei der Sohn von Christus, habe einen verklärten Leib, sei schon mit Christus auf Golgatha gestorben, sei da, um die Herden zu weiden als zweiter Messias, er werde wie Christus verfolgt, er und die Seinigen hätten das ewige Leben. Einen Brief an das Sonnenweib, sein Mammele, unterschrieb er mit: Euer Aller Israel. Von seiner Familie wollte er nichts wissen und führte über seine Ehe aus, er habe seiner Frau vor der Heirat gesagt, daß sie einen schmalen Weg zusammen gehen müßten und nur Seelen-, aber keine fleischliche Gemeinschaft haben sollten, aber er sei durch die fleischliche Lust zweimal hereingefallen, denn er habe zwei Kinder, Gott habe ihn von seiner Frau (die ihn verlassen hatte) geschieden, und von seiner Familie habe er sich von selbst losgesagt, um nach Gottes Vorschrift zu leben. Einmal aß er mehrere Tage fast gar nichts, fühlte sich augenscheinlich nicht wohl und hatte eine starke Konjunktivitis. Er lehnte jede Untersuchung ab mit der Begründung, der Geist prüfe alles, Gott werde ihn schon heilen, er werde von Gott gespeist, Elias und Christus seien in der Wüste auch ernährt worden. Er machte sich deshalb keine Sorge um die Zukunft und um seine spätere Ernährung ohne ein Einkommen, weil ja seinem Vater Himmel und Erde gehörten. — Nach einigen Monaten wurde er gegen seine Umgebung freundlicher, beschäftigte sich mit Lesen und Musizieren und leitete schließlich in der Weihnachtszeit den Posaunen- und Sängerchor. Aber an seinen Ideen hielt er unentwegt fest. *Hoffmann* [1]), der fünf andere Mitglieder der Gemeinde beobachten konnte, fand bei ihnen dieselben Wahnvorstellungen und nahm an, daß das „Sonnenweib“ anscheinend die primär Erkrankte war, und daß Fr., der wahrscheinlich unabhängig von ihr erkrankte, dann, als sie sich bei Versammlungen trafen, zusammen mit ihr die Ideen auf die anderen übertragen hatte.

Wollenberg [2]) hat aus der Literatur noch mehrere Fälle von Übertragung religiöser Wahnideen angeführt. Sein Aufsatz enthält ein ausführliches Literaturverzeichnis über psychische Epidemien und sporadische psychische Ansteckung.

Solche verhältnismäßig kleine Grupppen von Personen, denen die

---

[1]) *Hoffmann*, Ein Fall von induziertem Irresein. Allg. Ztschr. f. Psych., 59. Bd., 1902.

[2]) *Wollenberg*, Über psychische Infektion. Archiv f. Psych., 20. Bd., 1889.

Wahnideen eines Geisteskranken induziert werden, fristen bei dem auch in Laienkreisen wachsenden Verständnis für geistige Störungen heutzutage kein langes Dasein. Die Urheber werden bald in eine Anstalt gebracht, wo sie bei den anderen Insassen keinen Anklang für ihre Ideen zu finden pflegen.

Gefährlicher für die Allgemeinheit sind die nicht ausgesprochen geisteskranken Verschrobenen, Sonderlinge und Fanatiker, die mit der ihnen nicht selten zu Gebote stehenden Suggestionskraft ihren Sonderanschauungen und Sondersystemen Verbreitung zu schaffen verstehen.

Der Trost *Guddens*, glücklicherweise werde, wie die Geschichte der Menschheit lehre, mit Zunahme der allgemeinen Bildung eine jede Massensuggestion, falls sie die Tendenz zur Ausbreitung zeige, alsbald durch die Inszenierung entgegengesetzter Massensuggestionen auszugleichen gesucht, und so ergebe sich als Endergebnis im allgemeinen doch immer ein Fortschritt, hat gewiß Geltung für Massenepidemien, deren Ausartung Aufsehen erregt oder zur Störung der öffentlichen Ordnung führt, wo dann die Vernunft der Volksmehrheit und die Polizei ernüchternd und dämpfend eingreift. Hierhin gehört z. B. die von Kalifornien nach Europa vor einigen Jahren übergepflanzte Massenepidemie des Zungenredens [1]). Aber trotz aller Bildung findet die Infektion religiöser Überspanntheiten und Verirrungen vielerorts noch immer günstigen Boden, der zwar nicht von großen zusammenströmenden Massen, wohl aber von zerstreuten kleinen Gemeinschaften beackert wird. Es sei nur auf die zahlreichen Sekten hingewiesen, die in ihrer Harmlosigkeit das soziale Leben nicht stören, die Baptisten, die nicht mehr wie im 16. Jahrhundert als aufrührerische Wiedertäufer auftreten, die Methodisten, die Adventisten, die Feinen, die freien Gemeinden, Pfingstgemeinden u. dgl.

Nur gelegentlich werden die Auswüchse solcher Religiösität grell beleuchtet, wie im verflossenen Jahre bei dem Prozeß gegen die Gesundbeterinnen in Berlin, und dann wird über die länderumfassende Ausbreitung des abergläubischen Unsinns gestaunt. Gerade in diesem Prozeß sah man wieder bestätigt, daß der Aberglaube, den man in gewissem Sinne als eine gesunde Form der Wahnbildung bezeichnen kann (*Kraepelin*), nichts weniger als ein Vorrecht der ungebildeten Klassen ist. Mancher von denen, die über die christian science verächtlich lachen, kann selbst ein Unbehagen nicht unterdrücken, wenn er als dreizehnter am Gesellschaftstisch sitzt. Die Zahl 13 wird immer noch aus der Nummernfolge der Gasthofzimmer und sogar in einer Großstadt als Linienbezeichnung der Straßenbahn ausgeschaltet, der Freitag spukt immer noch als Unglückstag, und es ist kein Geheimnis, daß manchem Schauspieler und Jäger gewisse Umstände oder Redewendungen einen Miß-

[1]) *Mohr*, Das moderne „Zungenreden". Psychiatr.-neurolog. Wochenschr., X. Jahrg., Nr. 8/9.



erfolg vorbedeuten. Die bedenkliche Verbreitung des Aberglaubens im Volke wird deutlich gezeigt durch die Zusammenstellung der Annoncen von Kartenschlägerinnen und Wahrsagerinnen aus einer einzigen Tagesnummer einer Hamburger Zeitung aus dem Jahre 1912, aufs Geratewohl von *Rittershaus* [1]) herausgegriffen. Die Zahl betrug nicht weniger als 37. Der jetzige Weltkrieg, besonders sein Beginn, zeitigte offensichtlich eine Zunahme der abergläubischen Regungen, die Amulette und Himmelsbriefe fanden Geber und Abnehmer, Prophezeihungen, darunter die Sage von der Schlacht am Birkenbäumchen in Westfalen, wurden hervorgeholt und von vielen, denen man es nicht zugetraut hätte, nicht kurzerhand ungläubig zurückgewiesen. Mit merkwürdig geringem Zweifel erhoffte mancher den Friedensschluß am 17. August 1915. Die unter dem Affekt des Kriegsausbruchs zutage getretenen psychischen Massenbewegungen sonstiger Art hat *Helenefriderike Stelzner* [2]) in der Spionenfurcht, der Angst vor Hungersnot (Verproviantierungspsychose), dem Mißtrauen gegen die öffentlichen Kassen und dem Zurückhalten des Goldes als „aktuelle Massensuggestionen mit krankhaften Zügen" geschildert, und *Binswanger* [3]) hat dafür weitere Beispiele gebracht. Welch enorme Tragweite der Suggestion als Kriegsursache und im Verlaufe des Krieges überhaupt zukommt, zeigt *Löwenfeld* [4]) in überzeugender Weise. Wenn aber *Löwenfeld* die Auswüchse des Nationalcharakters der Franzosen in einem früheren Aufsatze als Psychopathia gallica bezeichnete, so möchte man im Hinblick auf den Mißbrauch, der jetzt in der Tagespresse mit den Ausdrücken Kriegspsychose, Völkerwahnsinn u. dgl. getrieben wird, an die Worte des alten *Damerow* [5]) eirnnern: „Wir Irrenärzte haben die Verpflichtung, dem strengen Begriffe von Wahnsinn gerecht zu sein und das Wort Wahnsinn nicht leichthin, wie auf die Vergangenheit, so auf die Geschichte, Ereignisse und Personen der Gegenwart zu übertragen. Denn die öffentliche Meinung benutzt diesen Ausdruck des Nichtwissens nur zu willig als Brücke, um über die Gründe und Abgründe des Verzweifelns an der Erkenntnis und Beurteilung der rätselhaften Wirren der Zeit hinwegzukommen". Der Wunsch *Laehrs* [6]), die Psychopathia gallica möge den Rahmen eines geistreichen Gedankenspiels nicht überschreiten, erscheint berechtigt.

---

[1]) *Rittershaus*, Irrsinn und Presse. 1913.

[2]) *Stelzner*, Aktuelle Massensuggestionen. Arch. für Psych., Bd. 55 S. 365.

[3]) *Binswanger*, Die seelischen Wirkungen des Krieges. 1914.

[4]) *Löwenfeld*, Die Suggestion in ihrer Bedeutung für den Weltkrieg. .1917.

[5]) *Damerow*, Zur Kritik des politischen und religiösen Wahnsinns. Allg Zeitschr. f. Psych. 7. Bd. 1850.

[6]) *Hans Laehr*, Psychopathia gallica. Ebenda 72. Bd. 1916.



Die jetzigen Kriegszeiten haben die Erfahrung bestätigt, daß Affekte in besonderem Maße geeignet sind, die Suggestibilität, die nach Veranlagung, nach Alter und nach Rasseneigentümlichkeiten verschieden ist, beim Einzelnen und bei der Masse zu steigern. Der Grund dafür liegt darin, daß starke Gemütsbewegungen die Kritik trüben. Ein bezeichnendes Beispiel für gesteigerte Beeinflußbarkeit durch fremde Ideen in einer Affektstimmung hatte ich vor Kurzem zu beobachten Gelegenheit.

Ein höherer Beamter hatte in zahlreichen und schon durch ihren Umfang auffallenden Eingaben und Beschwerden an seine Behörde und schließlich bis an den Kaiser gegen Vorgesetzte und Kollegen schwere und sehr herabsetzende Beschuldigungen erhoben und an der Führung der Verwaltung eine ungebührliche Kritik geübt. Er war ein sehr intelligenter Mann, ein tüchtiger, schnell und klar urteilender Beamter, beschäftigte sich aber stets gern mit philosophischen Studien und liebte es, in der Unterhaltung das Gespräch auf Ethik, Ästhetik und Religion zu bringen und sich darüber in bilder- und zitatenreichen Erörterungen zu verbreiten. In seinen Schriftstücken trat neben den Beleidigungen eine starke Selbstüberhebung zutage; er betonte immer wieder seine Verdienste im Amte, er fühlte sich mehr als andere befähigt und berufen, Verbesserungen im Staatswesen vorzuschlagen. Der ursprüngliche Grund seines Vorgehens war ein Affektzustand, die Erbitterung über das Ausbleiben einer erwarteten Beförderung. Während der Beobachtung war es zuerst nicht recht begreiflich, daß der sonst so intelligente Beamte das Falsche, Unzweckmäßige und Strafbare seines beleidigenden und querulierenden Tuns nicht einsah, vielmehr immer wieder hervorhob, als religiöser und sozialpraktischer Idealist halte er es für seine moralische Pflicht, die Ungerechtigkeiten, die ihm widerfahren seien, seine Zurücksetzung bei Beförderungen sowie die Nichtbeachtung seiner Verbesserungsvorschläge aufzudecken und ferner gegen die ungerechtfertigte Absperrung der Idealisten von leitenden Beamtenstellungen mit Bevorzugung der Realistisch-Ästhetischen, wodurch das Staatswesen geschädigt werde, vorzugehen. Erst nach mehreren Monaten klärte sich das Schwerverständliche seines Vorgehens auf. Er hatte nämlich zur Zeit der ihm zum Vorwurf gemachten Beleidigungen unter dem Banne der Ideen des Theosophen *Johannes Müller* gestanden, dessen Vorträge er kurz vorher gehört, und den er auch in seiner Pension auf Schloß Mainberg aufgesucht hatte. Er ließ sich darüber folgendermaßen aus: Johannes Müller wolle die Menschen aus der sinnlichen, d. h. materialistischen, und aus der sittlichen, an die Normen des kirchlichen Christentums und an bestimmte Gesetze gebundenen Weltanschauung zur seelischen erheben, die alles Niedrige bekämpft und die Erfüllung des Gesetzes ohne Gebundensein



an jeweilige Gebräuche erstrebt. Müller nehme nur Rücksicht auf Wahrheit, nicht auf die eigene und die andere Person, verlange für sich und andere das gebührende Recht, wolle keine Weichheit, erkenne die Macht der Verhältnisse nicht an, nach ihm stehe die Wahrheit höher als das Leben, und der Mensch solle dem inneren Muß folgen, selbst wenn er voraussehe, daß er keine Anerkennung finde, der Erfolg sei nicht maßgebend, es sei Pflicht eines jeden, Erfahrungen, die er gemacht habe, der Mitwelt weiterzugeben und nicht verlorengehen zu lassen. Diese Müllerschen Ideen habe er in sich verarbeitet und nach ihnen gehandelt; jetzt müsse er zugeben, daß er die Macht der Verhältnisse unterschätzt und irrtümlich geglaubt hätte, die Wahrheit werde unter allen Umständen siegen. Das eingeleitete Disziplinarverfahren und die Unterhaltungen mit einem alten welterfahrenen Herrn hätten ihn zur Einsicht in das Falsche seines Tuns gebracht, und so wäre es ihm klar geworden, daß er mit seiner idealistischen Weltanschauung nicht durchdringen könne, und daß sein Verhalten nicht nur unzweckmäßig und unklug gewesen sei, sondern auch mit unliebsamen Folgen für ihn hätte verknüpft sein müssen.

Zweifellos wirkten auf den zu religiös-philosophischen Betrachtungen neigenden Mann bei dem bestehenden Affekt der Verbitterung die Ideen Müllers, der einen großen Anhängerkreis hat, stark suggestiv. Aber eine Gegensuggestion vermochte es, den Bann aufzuheben und der Kritik wieder zu ihrem Recht zu verhelfen. —

Mohr hat in treffender Weise unter Berufung auf den Kulturhistoriker *Lamprecht* auf das erstaunliche Aufblühen der Phantasietätigkeit im letzten Jahrhundert hingewiesen und darin eine Erklärung dafür erblickt, daß auch noch in unserem aufgeklärten Zeitalter Massensuggestionen mystischer Art möglich sind. Der Gedankengang *Lamprechts* ist eines näheren Eingehens wert.

In seinem Buche: Zur jüngsten deutschen Vergangenheit, 1. Bd. 1905, bezeichnet er als ein entwicklungsgeschichtliches Element der letzten zwei Menschenalter „die Reizsamkeit, die ins Schöpferische umgesetzte Fähigkeit bewußter Perzeption neuer, bis dahin wesentlich vorstellungslos gebliebener innerer Reizergebnisse", die zwischen der vollen alten Vorstellung und der bloßen nervösen Reizung liegen und hervorgerufen werden „durch Spannungen und vornehmlich durch eine ganze Reihe solcher hintereinander, die man wohl am besten als Schwebung bezeichnen kann: durch Spannungen und Schwebungen also, die ohne Lösung oder wenigstens ohne genügende Lösung bleiben. Der Erfolg ist der des Ahnungvollen, des unklar Erwartenden, des sehnsuchtsvollen Dranges ins Neue, Dämmernde, Unheimliche, Ungeheure, Symbolische, Mystische, im Falle stärkerer Erregtheit die unbestimmte Empfindung der Angst, der Furcht und verwandter Gefühle. Sollen nun diese Zustände der Unlust aufhören — falls sie nicht etwa perverser Weise als Lust empfunden werden —,



so bedarf es ihrer selbsttätigen Auslösung durch die Phantasie dessen, der ihnen unterworfen ist, und diese Auslösung erfolgt in der Art, daß sich der bloße, beinahe rein nervöse Reizvorgang nun mit gegenständlicherem Inhalt anfüllt". „Leise kann man verfolgen, wie seit den vierziger Jahren schon in einzelnen verstreuten Zügen, machtvoll dann und allgemein mit den siebziger und achtziger Jahren ein Seelenleben der Phantasie das alte, mehr rationale, vornehmlich wissenschaftliche Dasein ablöst und erst dem Historismus und das heißt den Geisteswissenschaften, später auch den Naturwissenschaften den Krieg erklärt und im Streite mit ihnen zu siegen sucht." „In den neunziger Jahren hat dann die Phantasietätigkeit auch noch den stärksten Wall, der ihrer Strömung entgegenstand, zu durchbrechen oder wenigstens zu überfluten gesucht: den naturwissenschaftlichen Sinn." —

Diese Reizsamkeit macht sich neuerdings in einem Teil der schöngeistigen Literatur in einer Art geltend, die als eine nicht ganz gering zu bewertende Gefahr für das geistige Leben des Volkes erachtet werden muß. Die Phantasietätigkeit treibt dabei Blüten von bald greller, bald verschwommener Färbung und schwelgt in gesuchten und schwülstigen Wort- und Satzbildungen und sinnlich-übersinnlichen Schilderungen, so daß der besonnene Leser den Kopf schüttelt und die Frage erwägt, ob der Autor nur Sensationsabsichten verfolgt, um dem Publikum gruseliges Vergnügen und Nervenkitzel zu bereiten, oder ob er im Glauben an das Grotesk-Mystische seine eigenen Empfindungen der Mitwelt darlegt und damit aus dem Kreise der Normalen heraustritt. Augenscheinlich weiß auch die Kritik nicht recht, wie sie sich zu einigen der Ganz-Modernen stellen soll. Die auf Effekt zugeschnittene Tendenz, das Leben wie eine Kette grotesk-grausiger Halluzinationen zu erleben (wie sich ein Kritiker ausdrückt), erringt sich dank einer raffinierten Reklame einen breiten Publikumserfolg, der sich in Auflagen bis in die vielen Tausende, selbst über Hunderttausend, zeigt. Einen Schriftsteller, der bei dem Verfolgen der Yoga- und Fakirpfade zu der Anschauung gelangt, daß der gewöhnliche Mensch immerwährend von einer Kette (unsichtbarer) typischer Wesen umgeben ist, die beim Yogaschüler durch einen längeren Abtötungsprozeß zugrunde gegangen sind und ihn als leblose Körper, zu seiner Verwendung stehende geheimnisvolle Instrumente umgeben, und der die Erzählung eines ehemaligen Professors der Naturwissenschaften vom Government College in Lahore von einem wundertätigen Moslim, der in einem Eisenbahnabteil einem Mitreisenden durch psychischen Apport eine Flasche exquisiten Weines in die während der Fahrt aus dem Fenster gehaltene Hand zaubert, wirklich zu glauben scheint —, einen solchen Schriftsteller kann ich meinesteils nicht zu den Normaldenkenden rechnen und verstehe nicht, wie man ihn einen geistig Erleuchteten nennen kann, dem es wohl vergönnt sein möge, daß er von einer breiten Welle der Beliebtheit gehoben wird. Eher begreife ich, daß man ihn mit einem



Spieler verglichen hat, der auf den Tasten seines Instrumentes „meisterhaft oder verrückt, am Ende beides spielt", und daß die gegen Modeschriftsteller meist sehr zarte Kritik ihn „ganz gewiß ein wenig morbid" nennt. Sogar auf die Gefahr hin, daß der Autor mich wie seinen Roman-Gerichtspsychiater — Irrenärzte und -anstalten spielen überhaupt in jetzigen Romanen eine merkwürdig häufige Rolle — für einen „selbst unter Irrenärzten ungewöhnlich talentlosen und vorschnellen Beobachter" halten sollte und mir die richtige Urteilsfähigkeit absprechen würde, möchte ich doch diese verwirrend wirkende, phantasieüberspannende Art Literatur für eine Schädlichkeit erklären, deren drohendes Umsichgreifen als Moderichtung nicht weniger zu bekämpfen ist, als die schon mit einigem Erfolg bekämpfte Schundliteratur der Detektiv- und Kriminalgeschichten, deren besonders die Phantasie der Jugend vergiftende Wirkung in pädagogischen, juristischen und psychiatrischen Kreisen hinlänglich bekannt ist. Es wäre zu wünschen, daß den hypermodernen mystischen Erzeugnissen gegenüber auch die Kritik mit ihrer suggestiv wirkenden Macht rücksichtsloser eingriffe und nicht in der Befürchtung, nur ja nicht rückständig zu erscheinen, geniale Züge entdecken zu müssen glaubt, wo und weil etwas ungewöhnlich, verblüffend und prätentiös auftritt.

Uns Anstaltsärzten fällt in modernen Richtungen der Belletristik und mehr noch der bildenden Kunst nicht selten eine Ähnlichkeit mit den Erzeugnissen unserer Kranken der Dementia praecox-Gruppe auf. Ich weise auf die Futuristen und Kubisten hin, die Bilder ausstellen und auch verkaufen, die man unter die Zeichnungen in der Sammlung von *Mohr* [1]) einreihen könnte. In Italien sollen extreme „Neutöner" vor einigen Jahren die Anfänge einer futuristischen Musik vorgeführt haben, die hoffentlich von der Kriegswelle für immer wieder weggespült worden ist. Anhänger für solche Exzentritäten finden sich immer. Psychisch-Abnorme verstehen es am besten, in Machwerke einer dekadenten Kunst allerlei hineinzugeheimnissen, was das gesunde Sensorium beim besten Willen nicht zu empfinden vermag. Sie sind es auch, die am leichtesten der Suggestion zum Opfer fallen und sie ihrerseits fördern. Aber auch normale Menschen unterliegen oft genug der durch unausgesetzte Wiederholung und geschickte Aufbauschung kraftvoll wirkenden Reklame und der wechselerheischenden Mode, selbst wenn es sich um Albernheiten handelt, wie z. B. das Gummikauen in Amerika. Wie sehr die fortgesetzte Wiederholung von affektbetonten Schlagworten einen suggestiven Massenerfolg erzielen kann, wissen wir von dem „Gott will es" der Kreuzzüge und dem „Nach Jerusalem" der Kinderfahrten und erleben es jetzt an den Hetzausdrücken unserer Gegner im Kriege vom deutschen „Militarismus" und den „Hunnen".

Die Regsamkeit mit ihrer Flucht in eine produktive Phantasie-

1) *Mohr*, Über Zeichnungen von Geisteskranken und ihre diagnostische Verwertbarkeit. Journ. f. Psych. und Neurol. Bd. VIII. 1906.



tätigkeit ist zweifellos eine Ursache für die Zunahme und Verbreitung mystischer und theosophischer Ideen. Wir dürfen über die Rosenkreuzer des 17. Jahrhunderts, über die an die wundertätige Kraft des berüchtigten Grafen Cagliostro glaubenden Kreise, über den Mesmerschen tierischen Magnetismus und die durch ihn Geheilten, über den Glauben unserer Großeltern an Tischrücken, Geisterklopfen, Psychographen u. dgl. nicht spotten. Denn der Spiritismus floriert trotz wissenschaftlichen und polizeilichen Entlarvungen noch immer, die Magnetopathen und ähnliche selbstgeschaffene Heilkünstler nehmen an Zahl und Zulauf zu und in allen Großstädten besteht, mehr als im allgemeinen bekannt ist, eine Reihe von Vereinigungen, welche der Pflege des Übersinnlichen dienen, im Kampfe gegen materialistische Anschauungen in das Innere der Natur des Geistes eindringen und namentlich die Verbindung des Diesseits mit dem Jenseits aufklären und herstellen wollen. Auf Grund vermeintlicher Erkenntnis werden leib- und seelenbessernde Theorien überzeugt und zuweilen fanatisch verfochten. — Etwas asiatische, ägyptische, maurische oder indische Färbung muß auch jetzt noch dabei sein, nicht selten spielt amerikanischer Humbug mit.

Ein deutliches Beispiel dafür ist die zurzeit weitere Kreise schlagende Mazdaznan-Lehre, d. h. die Lehre vom richtigen Denken, nach welcher der Körper nur durch völlige Reinheit gesunden kann und zwar durch Fasten, Atemübungen und Darmausspülungen, wodurch dann auch die Seele geläutert wird. Der Begründer dieser Lehre ist der in Westpreußen geborene „persische" Meister Otoman Zaradusht Ha'nisch, Rab Magi des Tempels El-Kharmun in Znedanlosien, Kalantar der Mazdaznanbewegung, Dastur des Ging-Gang-Ordens — eigentlich aber Schriftsetzer von Beruf, mit Namen Hanisch, bis vor kurzem wohnhaft in einem schönen Tempel in Chicago, aber nach Verurteilung wegen Verbreitung unzüchtiger Schriften durch sein Buch „Innere Studien" spurlos verschwunden. Auch in Deutschland wurde seine Schrift über Mazdaznan, Wiedergeburt, als eine im Sinne des Gesetzes unzüchtige in Leipzig, wo der Vorsitzende des deutschen Mazdaznan-Bundes, ein Rechtsanwalt, wohnt, beschlagnahmt. (Angaben von *Kantor* im Gesundheitslehrer.) Die Anhänger dieser in Deutschland, Österreich und der Schweiz sehr verbreiteten Lehre rekrutieren sich vorwiegend aus Kaufleuten und unteren Beamten.

Wir haben zurzeit einen katatonischen jungen Kaufmann in der Anstalt, der schon seit dem 18. Jahre sonderbar war und später ein eifriges Mitglied des Mazdaznan-Bundes wurde. Im 26. Jahre legte er eines Tages plötzlich seine Arbeit nieder und schoß sich in selbstmörderischer



Absicht eine Kugel in die Schläfe, weil Gott und sein Gewissen ihm dies gesagt hätten. Man konnte sich des Eindruckes nicht erwehren, daß die Beschäftigung mit den mystischen Dingen den Ausbruch der Psychose gefördert hatte.

Bei einem anderen jungen Handlungsgehilfen, der schon längere Zeit vegetarisch lebte, weil in der Bibel stehe: Du sollst nicht töten, und weil das „Osterlamm" nur eine symbolische Bezeichnung sei, steigerte der Verkehr in theosophischen Gesellschaften die Auffälligkeiten zu deutlich psychotischen Erscheinungen; er las in dem Gefühl, sich erniedrigen zu müssen, Apfelsinenschalen von der Straße auf, um sie zu verzehren, ging betend und predigend umher, fragte die Leute nach ihrem Glauben und entrüstete sich bei einem Bekehrungsversuche über die Antwort des Ungläubigen: ein Glas Bier oder Schnaps sei ihm lieber als die frommen Worte, so, daß die Polizei ihn der Anstalt zuführte.

Die Rückkehr zur Natur als der richtige Weg zur Läuterung von Körper und Geist spukt, gefördert durch die Behandlungsmethoden mancher Kurpfuscher, in vielen unklaren Köpfen. Die Ansiedler der Kolonie in Ascona bei Locarno ziehen die Konsequenz in Lebensart und Bekleidungseinschränkung, aber in unseren Städten begegnen wir nur wenigen Naturmenschen, nicht weil für solche Anschauungen der Boden fehlt, sondern weil die Überzeugtheit die Scheu aufzufallen nicht überwindet, und weil die Polizei eingreift. Der von *Kreuser* [1]) erwähnte Barfußgänger, der in der hiesigen Anstalt beobachtet wurde, war durch den Besuch von Versammlungen der Theosophen und Naturmenschen in Paris und anderen Orten — einige Zeit weilte er auch in Ascona — zu seinen Auffälligkeiten gekommen; er lebte vegetarisch, ließ Haar und Bart wuchern und war ausschließlich mit einem bis auf die Füße reichenden Sommerüberzieher bekleidet. Er war Techniker, 33 Jahre alt, stammte aus Rumänien, hatte in Deutschland studiert und war dann viel herumgereist. Auf Grund seiner vorzüglichen Zeugnisse wurde er brieflich in einem hiesigen Baugeschäft angestellt, aber, als er sich zum Eintritt meldete, unter Gelächter gleich wieder fortgeschickt. Darüber durchaus nicht gekränkt, wanderte er vergnügt durch die Stadt, bis er polizeilich der Anstalt zugewiesen wurde. In seinem Auftreten sehr höflich, sich in alles fügend, zufrieden und dankbar für das Gebotene, gegen seine Umgebung freundlich und milde, zeigte er bei der näheren Untersuchung eine sehr gute Intelligenz und eine umfassende Bildung. Seine Lebensanschauungen legte er gern und ausführlich dar: früher unmäßig im Essen und Trinken sowie im Geschlechtsgenuß, sei er zur Einsicht gekommen, er lebe vegetarisch und so einfach wie möglich, mochte am liebsten im Freien wohnen und habe seine Kleidung auf das Nötigste beschränkt, die geschlechtliche Erregung sei,

[1]) *Kreuser*, Über Sonderlinge und ihre psychiatrische Beurteilung. Psych.-neurol. Wochenschr. 1913/14, Nr. 52.



seit keine Hose mehr durch Reibung reizte, zurückgetreten, auch den Überzieher würde er gern entbehren, aber dann fehlten ihm die nötigen Taschen. Er strebe zum Höchsten und zwar zum Geistigen, und er glaube den richtigen Weg eingeschlagen zu haben. Er fühle die Bestimmung, durch sein Auftreten auf die Menschen einzuwirken, er werde sie durch Liebe gewinnen, und dieser könne niemand widerstehen, da alle den göttlichen Funken in sich trügen. Daß alle Menschen seinem Beispiele folgten, könne er nicht verlangen, aber er sehe nicht ein, warum man ihn nicht seinen Weg gehen ließe. Anfangs seien zwar die Kinder hinter ihm hergelaufen, aber sie hätten sich allmählich an ihn gewöhnt. — Gegengründe gegen seine Ansichten wies er schlagfertig zurück. Und als er nach Hin- und Herreden über das Gesundheitschädigende, Unzweckmäßige und Anstößige seiner Tracht unter stolzem Schmunzeln den Trumpf ausspielte: „Ja, alle jungen Mädchen drehen sich nach mir um", hatte der im heiratsfähigen Alter stehende Mann seinem Widerpart alle Waffen des Wortes entwunden. Aber trotz der entschiedenen Verteidigung des Naturmenschentums konnte er in einigen Wochen zu einer vernünftigen Bekleidung und zum Opfer des Haarwaldes gebracht werden. Als unauffällig verließ er die Anstalt, in der er sich im allgemeinen wohl gefühlt hatte. Die in seinem Wesen hervortretende Selbstgefälligkeit und der Glaube an seine Bestimmung, die Menschen zu bessern, reichten nicht aus zur Annahme einer Paranoia etwa in der Form des *Kraepelin*schen Prophetenwahns. Nicht auszuschließen natürlich ist, daß sich im Laufe der Zeit bei ihm ein paranoisches Krankheitsbild entwickeln kann. Denn mit Recht weist *Kreuser* auf die Bedeutung der Absonderlichkeiten als Vorläufer oder Anfangserscheinungen einer Paranoia hin. —

Eine eigenartige Erklärung für die suggestive Übertragung von Vorstellungen hat *Kotik* [1]) gegeben. Meines Wissens ist bisher kein Forscher dazu übergegangen, die von ihm „entdeckte und erklärte Tatsache" des Bestehens von Gehirnstrahlen und von einer psychophysischen Emanation nachzuprüfen. Nach *Kotik* soll sich beim Denkprozeß im Gehirn eine Energie ausscheiden, die in das Gehirn einer anderen Person eindringen und in deren Unterbewußtsein genau die gleichen Vorstellungen erwecken kann. Wenn das richtig wäre, hätten wir eine einfache Erklärung für eine psychische Infektion. Die Emanation, die übrigens besonders gut durch einen Kupferdraht überströmt, beansprucht der Schilderung nach für gewöhnlich ein konzentriertes Denken des Induzierenden und soll bei Gemütsaffekten und Massenbewegungen widerstandslos in das Bewußtsein der Infizierten eindringen.

Die Natur gibt uns gewiß Rätsel auf und wird sie der Menschheit immer aufgeben und es wäre nichts falscher als etwas, was uns unerklär-

---

[1]) *Kotik*, Die Emanation der psychophysischen Energie. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. 61. Heft. 1908.



lich vorkommt, für unmöglich auszugeben. Jedoch tut eine gute Dosis Skepsis stets not. Selbst in dem Falle des Freiburger „Hellsehers", der von durchaus zuverlässigen Männern der Wissenschaft beobachtet wurde [1]), kann man an der Wirklichkeit der Gabe des Mannes, geschriebene Sätze auf vielfach zusammengefalteten Zetteln, die der mit ihm nicht in körperlicher Berührung stehende Beobachter in der fest geschlossenen Hand hielt, sehen und lesen zu können, sich eines Zweifels nicht erwehren. Denn dieser Hellseher war ein Gedankenleser von Beruf, nannte sich Professor Akldar, prophezeite für Geld, dabei noch falsch, und wurde wegen Schwindeleien bestraft — also sicherlich kein einwandfreies Versuchsobjekt. Auch die Personen, mit denen *Kotik* experimentierte, sind nicht besonders vertrauenerweckend: ein neuropathisches Mädchen mit dem Vater, einem Mantiker von Beruf, als Vermittler der Gedankenübertragung, und ein 18 jähriges Mädchen, das im Alter von 8 Jahren „längere Zeit hindurch an Gesichtshalluzinationen gelitten hatte, auf deren Untergrund sie bisweilen ein Gewebe von anziehenden Tarasconaden zusammenspann". Der meist genannte Fernseher, der Seher des Brandes von Stockholm am 1. September 1759, Swedenborg, dessen Rettung gegenüber *Kant* vor kurzem Lic. *Hoffmann* [2]) versuchte, war ein psychisch kranker Mann, der „in seinen letzten 27 Jahren in einer Art Trancezustand, einer Autohypnose lebte und in seinen Verzückungen mit Verstorbenen, Propheten u. dgl., verkehrte und Vorgänge in Himmel und Hölle sowie in dem von ihm angenommenen Zwischenreich, Vorgänge auf den Planeten, ja gelegentlich selbst jenseits unseres Sonnensystems wahrzunehmen glaubte". Seine Geistererscheinungen waren nichts anderes als Halluzinationen. Seine Mystik fand eine große Menge Anhänger, er gründete auf Grund einer Offenbarung hin die „Neue Kirche", die sich in zahlreichen Gemeinden, vorwiegend in England und Amerika, ausbreitete und jetzt noch bestehen soll.

Man fragt sich, warum nicht auch bei psychisch, insbesondere ethisch völlig einwandfreien Persönlichkeiten die Gabe übersinnliche Vorgänge zu empfinden und übernatürliche Kräfte zu entfalten, gefunden wird.

Bei den uns wunderbar und unbegreiflich erscheinenden Vorgängen, die niemals ohne Gemütsbewegungen, vor allem nicht ohne den Affekt der spannenden Erwartung einhergehen, muß man sich stets die bedeutende Macht der Suggestion und Autosuggestion und die Möglichkeit des Vorhandenseins von Erinnerungsfälschungen vor Augen halten und sich selbst vor Gläubigkeit hüten eingedenk des Umstandes, daß sogar wissenschaftliche Autoritäten sich von mystisch aussehenden Taschenspielereien

[1]) *Schottelius*, Ein „Hellseher". Journ. f. Psych. u. Neurol. 20. Bd. 1913, u. 21. Bd., 1914.

[2]) *Hoffmann*, Kant und Swedenborg. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. 69. Heft. 1909.



haben täuschen lassen. Der nüchternen Kritik gegenüber hat der Mesmerismus und hat die *Reichenbach*sche Od-Lehre nicht standhalten können, und die Wissenschaft muß auch dem *Steiner*schen Astralleib und der Kette von typischen Wesen um den Körper des Yoga-Schülers die Anerkennung versagen.

Was *Wundt*[1] als das Wunderlichste an dem spiritistischen System ansieht, daß es ein Zerrbild von dem Walten einer höheren Weltordnung entwirft, indem es Menschen von mindestens höchst gewöhnlicher geistiger und sittlicher Begabung zu Trägern übernatürlicher Kräfte und damit zu auserlesenen Werkzeugen der Vorsehung stempelt, gilt ebenso für die anderen mystischen Richtungen.

In den letzten Monaten habe ich die Überpflanzung theosophischer Ideen bei einer kleinen Personengruppe beobachten können, die sich eine eigene Weltanschauung zurecht gemacht hat. Über sie ausführlich zu berichten erscheint mir statthaft, weil die mündlichen und schriftlichen Darlegungen der Beteiligten, die sonst besonnene und meist intelligente Menschen sind, einen ungewöhnlich deutlichen Einblick in die eigenartige Gedankenarbeit geben.

Am 31. Dezember 1916 kam der Leutnant L. zur Beobachtung seines Geisteszustandes hier zur Aufnahme. Er hatte sich vorher wegen einer Hodenaffektion im Lazarett H. befunden und war gelegentlich eines Heimaturlaubes in seiner Vaterstadt am Morgen des ersten Weihnachtstages gegen 10½ Uhr mit seiner Ehefrau, beide vollständig nackt, durch die belebten Straßen gegangen.

Bezüglich seines Vorlebens sind wir zum großen Teil auf seine eigenen, übrigens durchaus glaubwürdigen Angaben angewiesen. Er ist 31 Jahre alt, vorehelich gezeugt, als sein Vater dem Militärdienst genügte. Sein Vater, dessen Vater und Großvater waren Trinker, sonstige erblich belastende Umstände sind ihm nicht bekannt, von seinen neun Geschwistern litten keine an psychischen oder nervösen Störungen. Da sich beide Eltern in dienender Stellung befanden, wuchs er in sehr ärmlichen Verhältnissen auf, hatte wenig Verkehr mit Altersgenossen und empfand dies drückend. In der Schule lernte er gut, war für Geschichte und Erdkunde „begeistert", hatte weniger Freude an Rechnen, Aufsatz und Turnen. Sein Vater hatte ihn zum Soldaten bestimmt, er fühlte dazu keine rechte Neigung, wurde aber auf der Unteroffizierschule, in die er mit 15 Jahren kam, bald der erste, ging im Dienste ganz auf, ließ sich wegen der Armut seiner Familie grundsätzlich kein Geld schicken, rauchte nicht, nahm kaum einmal ein Glas Bier zu sich und hatte keinen Weiber-

[1] *Wundt*, Der Spiritismus. Offener Brief an Prof. Dr. *Ulrici*. 1879.



verkehr. Mit 22 Jahren wurde er Feldwebel. Im März 1910 heiratete er; die Ehe blieb kinderlos. Er hatte seine Frau, die wie er selbst von niederer Herkunft ist, von Kind an gekannt, seine Zuneigung zu ihr hielt ihn von geschlechtlichen Verirrungen ab. Sie ist von kühler Natur, und so war auch der eheliche Geschlechtsverkehr kein reger. Im Manöver 1912 erlitt er beim Radfahren eine Hodenquetschung, an deren Folgen er ein Jahr litt. Bei der Mobilmachung Anfang August 1914 rückte er mit aus, machte sofort Gefechte mit, wurde im November 1914 Offizierstellvertreter; zeichnete sich aus. Am 18. Dezember 1914 durch Gewehrschuß am rechten Fuß leicht verwundet, kam er ins Lazarett und tat nach Heilung bis zum Juli 1915 Dienst beim Ersatz-Bataillon. Dann wieder zur Front kommandiert, tat er sich hervor, erhielt mehrere Auszeichnungen und wurde am 12. August 1916 zum Leutnant befördert. Einige Tage später wurrde er wegen Hodenquetschung ins Kriegslazarett geschickt und bald darauf in das Reservelazarett H. übergeführt, wo die Untersuchung den Verdacht auf Hodentuberkulose nicht bestätigte und die vorhandenen Fisteln am Skrotum unter Bestrahlung mit künstlicher Höhensonne zum Teil ausheilten. Bei seiner Verlegung nach hier sezernierten die Fisteln noch etwas, schlossen sich aber mehr und mehr, trotzdem Patient Behandlung ablehnte. Im übrigen zeigte er keine Symptome von körperlichen Störungen, insbesondere keine von seiten des Nervensystems, auch keine Degenerationszeichen; er war kräftig gebaut und befand sich in gutem Ernährungszustand. Während seines ganzen hiesigen Aufenthaltes, der bis zum 3. August 1917 dauerte, brachte er keine körperliche Beschwerden vor, betonte vielmehr stets sein volles Gesundsein.

Sein äußeres Verhalten war die ganze Zeit über ganz geordnet, er war freundlich gegen seine Umgebung, verkehrte aber kaum mit seinen Kameraden, sondern begnügte sich mit der Gesellschaft seiner Frau, die ihn viel besuchte, und mit der er, da ihm volle Bewegungsfreiheit gewährt werden konnte, Spaziergänge machte. Einige Male ließ er eine vorübergehende innere Erregung erkennen, die mit seinen im folgenden ausgeführten Wahnvorstellungen zusammenhing. Sein Wesen war selbstbewußt, trotzdem fügte er sich widerspruchslos in alle Anordnungen. Seine Kenntnisse erwiesen sich als recht gut, ebenso seine Auffassung, seine Merkfähigkeit und sein Gedächtnis. Seine Urteilsfähigkeit ließ, abgesehen von dem mit seinen Wahnideen Zusammenhängenden, durchaus keine Abschwächung erkennen. Seine Kriegserlebnisse wußte er in klarer und ansprechender Weise zu schildern.

Als er zuerst auf sein aufsehenerregendes Verhalten in seiner Vaterstadt angesprochen wurde, führte er in ganz ruhiger und besonnener Weise aus, er habe das tun müssen, das habe schon in seiner Geburt gelegen, man nehme religiösen Wahnsinn bei ihm an, das sei aber Unsinn. Er glaube gar nicht an Gott, von dem die Kirche lehre; der Gott, an den



er glaube, sei der natürliche Mensch, der einfache Mensch, der Urmensch. Dieser lebe hier in D., es sei ein Herr K., ein Magnetopath, der schon einmal in der hiesigen Anstalt gewesen sei; dieser wisse alles und könne alles, mache Blinde sehend und Lahme gehend. Ein Kamerad St., der neben ihm im Lazarett gelegen habe und mit der Tochter des K. verlobt sei, hätte diesem von ihm (L.) erzählt und K. hätte gesagt, er solle sich an seinen Hoden nicht operieren lassen, die Krankheit werde von selbst heilen. Er sei, obgleich K. es für unnötig erklärte, doch zu ihm gegangen, K. habe ihm, wie er bei seinen zahllosen Patienten immer tue, gesagt, er brauche sich nicht auszuziehen, er sehe durch die Kleider, und habe ihm wiederholt, daß das Leiden von selbst verschwinden werde. Er habe mit K., der für ihn das vollkommenste Wesen auf der Erde sei, nur einige Male flüchtig gesprochen, aber der Mann habe viel Gewalt, und dies kurze Zusammensein habe befruchtend auf sein Inneres gewirkt; auf seine äußeren Handlungen habe indessen K. keinen Einfluß ausgeübt.

Eigentlich schon von Jugend auf, schon in der Schule habe er Zweifel daran gehabt, ob es mit der Religion so sei, wie die Priester auf der Kanzel es sagten. Eine seiner ersten Erinnerungen sei die, daß er im Alter von etwa vier Jahren bei einer Krankheit das Gefühl gehabt habe, als wenn von ihm etwas nach oben in das Weltall ausstrahlte und von diesem etwas auf ihn zurückströmte. Eine ähnliche Empfindung hätte er auch in seinem neunten Lebensjahre gehabt.

Vor Jahren habe er seinen späteren Lebensgang ziemlich klar vor sich gesehen, aber für die Zeit von 1914 bis zu seiner voraussichtlichen Entlassung nach zwölfjährigem Militärdienst im Jahre 1915 sei es wie ein dunkler Fleck gewesen, und jetzt wisse er, daß dies den Krieg bedeutet habe. Als er in den Krieg ausgerückt sei, habe er und auch seine Frau gewußt, daß er wieder zurückkehren würde. Er sei zur Überzeugung gekommen, daß er überhaupt nicht sterben könne. In den schwierigsten Unternehmungen, die seinen Kameraden zu gefährlich gewesen, sei er unverletzt geblieben, und es sei mehrfach vorgekommen, daß ein Kamerad, der den eben von ihm verlassenen Platz eingenommen hatte, alsbald von einem Geschoß getroffen worden sei. Weiter sei auffallenderweise fast alles, was er sich im Leben gewünscht habe, anders ausgefallen, aber doch stets zu seinem besten. So sei er u. a. gegen seinen Wunsch in das Lazarett H. gekommen, und nur dadurch sei es geschehen, daß er mit K. bekannt geworden. Ein merkwürdiges Zusammentreffen sei es auch, daß er an demselben Tage, an dem er die Hodenquetschung erlitten habe, zum Leutnant befördert worden sei.

Alles, auch er selbst, befinde sich in der Fortentwicklung. Es sei so, als ob aus der jetzigen Entwicklungsstufe, die man mit einer großen Fläche vergleichen könne, in der Mitte sich die um K. stehende Gruppe hinaushöbe und zur Vollkommenheit führe. In ihm arbeite der Lebensstoff, das Licht, beständig, er spüre es an einer Art Bewegung, die von

der Dammgegend aus sich auf den ganzen Körper verbreite und das Leben mache; manchmal trete die Empfindung stärker auf, steige bis zum Gehirn und dann in die Arme, die Hände ballten sich und schlügen krampfhaft auf. Das sei ein äußerst schönes Gefühl. (Einige Male wurde beobachtet, daß L. während der Unterredung plötzlich verstummte, vor sich hinstierte, den Körper steif hielt, die Armmuskulatur spannte und keine Antwort gab. Das dauerte einige Minuten.) Er könne auch ohne Schaden für seine Augen und ohne blinzeln zu müssen in die Sonne sehen, weil seine Augen stärker seien als das Sonnenlicht. So sehe er z. B., daß sich die Sonnenscheibe sechsmal im Kreise nach rechts und sechsmal nach links drehe. Vor kurzem habe er einmal im Bette mit der Hand am Kopfe liegend plötzlich die innere Aufforderung gehört, in seine Hand zu sehen, und da habe er auf ihrer Fläche ein rotes Flämmchen flackern sehen, das hinge mit dem Lichtleben in seinem Inneren zusammen und deute auf seine Fortentwicklung.

Die heutige Kultur unterdrücke den einfachen natürlichen Menschen. Draußen im Felde habe der natürliche Mensch in ihm gesagt: „Mache, daß du fortkommst, das ist eine fürchterliche Schweinerei", aber der Kulturmensch habe gesagt: „Nein, du bleibst hier, du mußt aushalten". Als Kulturmenschen ständen die hiesigen Ärzte hoch über ihm, aber als natürlicher Mensch stände er hoch über ihnen.

Daß er nach den Vorkommnissen, die ihn in den Augen der Menschen als verrückt erscheinen ließen, aus dem Heeresdienste ausscheiden müsse, könne er sich denken und würde sich, obgleich er mit Leib und Seele Sodat sei, darein schicken. Eine sonstige Stellung werde er auch wohl nicht bekommen. Eigentlich sollte er, da er sich nicht für krank hielte, auf Rente verzichten, aber wenn man ihm eine solche zubilligen würde, wolle er sie nicht zurückweisen, weil er vorläufig noch körperliche Bedürfnisse habe. —

Im Gegensatz zu seinem sonstigen ruhigen Verhalten erklärte L. Ende Februar eines Tages ohne äußeren Anlaß unter starkem Affekt, er sei imstande, einen Friedensschluß herbeizuführen, und verlangte, dies müsse dem Kaiser mitgeteilt werden, der Kaiser müsse zu ihm kommen, er gehe nicht zum Kaiser, er werde dem Kaiser den Weg zum Frieden zeigen. Die Entgegnung, er werde auf ein Kommen des Kaisers nicht rechnen dürfen, nahm er gelassen auf und kam nicht weiter darauf zurück.

Anfang März überraschte L. durch die einsichtig klingende Äußerung, er sei krank und schon von Kindheit auf seiner freien Willensbestimmung beraubt, er stehe oft unter einem unwiderstehlichen Drang und müsse einen Weg gehen, wenn er auch noch so schwer sei. Nach längerer Zeit an diese Äußerung erinnert, meinte er, gewiß habe er das gesagt und im Augenblick auch geglaubt, aber in Wirklichkeit sei er nicht krank, wolle es jedoch nicht übelnehmen, wenn andere ihn dafür hielten.

Wie sich herausstellte, hatte L. beim Verkehr mit dem Magnetho-



pathen K. einen Dipl.-Ingenieur W. H. kennen gelernt, und als dieser wegen eines Briefes an den Kaiser von einem beamteten Arzte untersucht und als geisteskrank befunden wurde, schrieb L. Anfang Juni an die Polizeibehörde in D. folgenden Brief, der zugleich von seiner Frau, dem Ehepaar H. und einem 40 jährigen Fräulein E., ebenfalls einer Anhängerin K.s, unterschrieben wurde:

„Auf einen in Wahrheit an den Kaiser geschriebenen Brief von dem Menschen W. H. habt Ihr diesen Menschen wegen Geisteskrankheit angeschuldigt. Wehe, euch Hallunken, die Ihr wißt, daß dieser Mensch nicht geisteskrank ist. Wehe, wenn ihr dem Kaiser den Brief des Menschen H. und diesen Brief des Menschen L. nicht lesen laßt. Ich bin der wahrhaftige richtige echte Mensch, wie ihn die Natur geschaffen hat. Wehe Euch, wenn Ihr diesen Brief unterschlagt und ihn nicht zum Kaiser gehen laßt. Ihr werdet nicht mehr Ruhe und Friede auf dieser Erde finden. Das Heil des deutschen Vaterlandes hängt davon ab, ob der Kaiser kommt oder nicht. Ladet nicht eine Schuld auf Euch, die ihr nie, nie wieder sühnen könnt. Denn von hier kommt die ewige Abrechnung mit der Menschheit, nicht vom Herrgott, wie die verwirrte Menschheit glaubt. Ihr habt es in der Hand, das deutsche Land zu retten, nicht Armeen und U.-Boote. Gern werde ich mich vor Gericht verantworten.

L. . . . .

Gelesen und genehmigt W. H. . . . .

Auch ich vertrete die Wahrheit, denn ich bin Mensch geworden.

Frau L. . . . .

Wahrheit wird Recht behalten, auch ich vertrete sie.

Cornelie E. . . . .

Ich vertrete dasselbe. Anna H. . . . .“

Am selben Tage schrieb L. an den Arzt, der H. untersucht hatte, er sei ein trauriger Geselle, ein Scheinmensch, ein Nichts, ein Trauerklos, ein Schuft der Menschlichkeit, weil er, um den Kaiser und Deutschland ins Verderben zu stürzen, einen echten Menschen für geisteskrank erklärt habe. „Wehe Ihnen, die Natur, die Wahrheit, die auch ich bin, wird sich an Dir rächen.“

Einige Tage nachher schrieb er einen langen Brief an den Deutschen Kaiser, es sei traurig, daß ein an ihn vertraulich gerichteter Brief des Menschen H. von seinem Personal unterschlagen worden sei. „Unter diesen Umständen kündige ich Dir die Freundschaft und ich werde in Zukunft mein Leben für Dich und Andere nicht mehr aufs Spiel setzen.“ Der Arzt, der gegen seine innere Überzeugung H. für geisteskrank erklärte, sei „auch so ein trauriger Wurm, der sich vor seinen Behörden und Herren krümmt und windet wie eine Schlange. Er wird seine gerechte Strafe dafür bekommen, er wird nicht Ruhe und Rast mehr finden, wo er geht und steht, bis an sein qualvolles Ende. Ich habe die Kraft der Natur, der Kraft, die auf Erden alles schafft, in mir und diese Kraft wird furcht-



bare Rache an ihm nehmen, nicht körperlich, aber geistig. . . . Ich bin innerlich eins mit der Kraft, die in der Natur Alles schafft. Eine ähnliche Kraft, wie die, die Menschen sich im Herrgott vorstellen, kann im Menschen verkörpert werden und ist in einigen Menschen in Deutschland vorhanden und die Zentrale ist in D. . . . Die große Kraft, der große, größte aller Menschen, die je gelebt haben, wohnt in Deutschland. . . . Die Erde ist wüst und leer und es sieht finster darauf aus. . . . Doch der Vater ist da und Adam und Eva, das erste Menschenpaar, das richtig Mensch ist, ist auch da und wohnt in D. mit dem Vater oder besser gesagt, mit dem größten, vollkommensten Menschen, der je auf Erden gelebt hat, gegen den der von Menschen verehrte Christus ein Schattenbild ist.“ Die Unterschrift lautete: „Der echte, rechte, wahrhaftige Mensch, der Mensch des Lichts wie ihn die Natur nach dem Ebenbilde geschaffen hat. (Die Anderen sind nicht mehr Ebenbild.) L. . . .“ —

Am 13. Juni wurde der Ingenieur H. ebenfalls hier eingebracht. Den folgenden Tag erhielt ich ein Schreiben von L., in dem es u. a. hieß: „Ich werde soeben von der mich führenden Urkraft aufgefordert, diesen Brief zu schreiben. Sie erhalten durch die Kraft des Lichts folgende Aufforderung: Handeln Sie in dieser Angelegenheit als Mensch, legen Sie jede Rücksicht auf Stand und Rang beiseite und urteilen Sie nach Recht und Wahrheit. . . . Veranlassen Sie, daß der Mensch H. seine Freiheit wiederbekommt und als völlig geistesgesund aus der Anstalt entlassen wird. Geben Sie Ihre Hand für Lüge preis, dann wird die mich führende Kraft furchtbare Rache an Ihnen nehmen. Körperlich wird Ihnen nie Jemand etwas tun, doch die Natur, in deren Auftrage ich schreibe, wird es Ihnen heimzahlen. Ihr Lebensabend wird getrübt sein, Sie werden erfahren, was es heißt, Menschen des Lichts, die für Wahrheit und Recht antreten, für geisteskrank zu erklären nnd ihnen die Freiheit zu rauben. Ihre Todesstunde ist hart und in dieser werden Sie gedenken der Menschen L. und H. Doch dann ist es zu spät. . . . Geschrieben durch die Urkraft allen Seins auf Erden im Menschen L. . . . . .“

Trotz dieses Briefes und trotzdem ich ihm seinen Wunsch, H. besuchen zu können, abschlug, blieb er äußerlich vollkommen gehalten. Er nannte mich zwar einen traurigen Menschen, fügte aber gleich hinzu, das sei seine Ansicht, die nicht beleidigen solle.

Als er sich bei seiner Entlassung Mitte Juli von den Ärzten verabschiedete, bedankte er sich, meinte, die Verschiedenheit der Anschauungen habe das gute Verhältnis zwischen ihnen und ihm nicht getrübt, und äußerte nur Sorge, wegen seines ungerechtfertigten hiesigen Aufenthaltes möchte später Anderen und auch den hiesigen Ärzten durch den Lebensstoff Übles widerfahren.

In den letzten Wochen seines Hierseins hatte er rasch hintereinander mehrere Hefte von Aufzeichnungen über seine Lebensauffassung und insbesondere über den Vorfall am Weihnachtstage verfertigt, von denen die charakteristischsten Teile hier wiedergegeben werden mögen.



Leben.

Ich bin ein Rindvieh, ein Esel ein Ochse ein Stier, ein Schwein, ich bin Alles was es auf Erden gibt, selbst. Wenn auch der Körper bei jedem anders aussieht, immer sind sie alle gleich. Der unvollkommene Mensch sieht nur nicht, was immer im Körper vorgeht. Jeder Körper ist eine lebendige Maschine, getrieben durch das Leben. Leben ist Licht und Licht ist Leben, doch der Körper Masse, ist tot ohne Licht und muß zergehn, sobald das Licht den Körper verläßt, der Körper verwest, aber wo bleibt das Licht, das den Körper verlassen hat? Es geht zu Licht, kann also nie vergehn und jetzt ist ewig, und geht wieder in einen neuen Kör per und belebt ihn. Warum soll nun das Licht stets den Körper wechseln? Dies ist doch Unsinn, darum behalte ich mein Licht im Körper und das ist ewig Leben, das Licht im gleichen Körper. Bisher war der Körper der stärkere und unterdrückte das Licht, darum nahm das Licht täglich ab. Weihnachten aber hat das Licht über den Körper gesiegt und dem Körper seinen Willen aufgeprägt. Seitdem hat der Körper gehorcht, doch jetzt ist der Gehorsam zu Ende, denn Körper, Fleisch und Blut u Licht, Seele u Geist haben sich geeinigt. Der Körper tritt freiwillig die Zellen an das Licht ab, die dieses beansprucht und dies ist die Umwandlung des Körpers zu Licht. Ich spüre sie, doch ein anderer kann sie nicht sehen. Wohl kann er eine plötzliche Veränderung der Körperfülle wahrnehmen, weiß jedoch nicht, was der Umbildungsprozeß bedeutet. So wird jedes Lebewesen von selbst umgebildet, ohne daß der Mensch etwas dazu beitragen kann. Es kann es nicht hemmen und auch nicht fördern. Die Vernichtung aller Kunst Kultur und Wissenschaft besorgt der Mensch selbst, alles das was er sich künstlich errichtet hat, im Krieg und den noch folgenden Greulen.

Wie armseelig ist doch der Mensch der doch glaubt mehr zu sein wie ein Tier oder eine Pflanze.

Der Menschkörper sieht womit? Nicht mit dem Auge, sondern mit dem Leben im Auge, ist das Leben aus dem Auge fort, so nützt das Auge nichts, obwohl der Körper Auge blind noch da ist. Das Leben sieht und nicht der Körper Auge. Beim Schwein, Pferd pp sieht ebenfalls das Leben und nicht das Auge. Womit riecht, das Lebewesen Mensch, Tier? mit dem Leben in der Nase, womit hört es? mit dem Leben in den Ohren, womit geht es? mit dem Leben in den Beinen, womit spricht es? mit dem Leben aus dem Mund. Ist irgend ein Körperteil leblos, also das Leben aus diesem fort, dann ist der Körperteil wohl noch da, aber nicht mehr fähig zum Gebrauch. also nicht der Körper sondern das Leben ist die Hauptsache. Leben ist bei Mensch Tier u Pflanze gleich, das heißt immer sind alle Körper durch den gleichen Lebensstoff bewegt. Also ist jedes Schwein, jedes Pferd, jeder Wurm, jede Pflanze immer genau wie der Mensch und das heißt Mensch sein, oder Gott sein, den Gott in sich haben und heißt Gott ist alles und alles ist Gott und Gott

ist überall, also Gott ist Leben und weiter nichts wie Leben und ist in jedem Körper enthalten.

Die Bezeichnung Mensch, Schwein, Tier, Pflanze ist also nur eine von Menschen gegebene Bezeichnung für den winzigen Teil Körper, für den Hauptteil gibt es nur die Bezeichnung „Leben" und die ist für alle Wesen gleich, ob Mensch, Tier oder Pflanze, darum ist der dünkelhafte Mensch genau nicht mehr wie diese. Doch er sagt, er hat Gedanken die die andern Lebewesen nicht haben. Leider hat der Mensch Gedanken und dies ist der Urgrund allen Uebels. Was ist der Gedanke? Ein Mißbrauch des Lebensstoffs in der Batterie des Gehirns! Wie ich mit dem Leben im Auge von selbst alles sehe, mit dem Lebensstoff im Ohr von selbst alles höre, ohne dies besonders zu lernen so nehme ich mit dem Lebensstoff im Gehirn von selbst alles wahr und viel viel mehr könnte ich wahrnehmen, wenn nicht die Menschen den Lebensstoff im Gehirn in eine besonders enge u bestimmte Richtung gedrängt hätten und dies geschieht durch die Lehre, die von Kind auf den Lebensstoff im Gehirn in falsche Bahnen lenkt und ihn verkümmert. Großartiges wollen die Menschen geleistet haben und doch kann gegen die Elemente der Natur nichts bestehn, ihre stolzesten Werke werden wie Grashalme geknickt von der Gewalt der Natur und klein u erbärmlich stehen sie vor ihrer Vernichtung.

Der Menschkörper ist noch viel erbärmlicher als alle seine künstlichen Werke. Seine Werke haben noch mehr Lebensstoff in sich wie er selbst. Wer die Haufen von Leichen im Kriege sah, kann beurteilen was der Körper Mensch ist, nichts, gar nichts ein Häuflein Dreck und Elend. Ein kleines Splitterchen nur genügt, um ihm das Licht aus zu blasen. Hätte er mehr Licht und wäre er mit der Natur eins, dann könnte auch dem Körper solches Splitterchen nichts schaden. Denn sein eigner Lebensstoff würde ihn beschützen. Während die gesammte Menschheit mit Gedanken u Willen in Gehirn schafft, arbeitet bei mir der Lebensstoff — Licht, der weit über Gedanken u Willen steht in meinem Gehirn von selbst. Bei mir heißt es nicht wollen, sollen, oder denken, sondern von selbst stellt der Lebensstoff alles und das ist mein Sein, mein Selbst, mit dem Vonselbst verbunden. Bei Tier u Pflanze, die nicht in der Knechtschaft der Menschen leben, gibt es kein Wollen u Sollen, kein Denken darum ist in ihrem Gehirn der Lebensstoff klar, viel, viel klarer wie bei Menschen, das Tier sieht alle Dinge viel schöner viel wirklicher u natürlicher wie der Mensch. Daher die Zufriedenheit der Tiere die in der Natur leben. Das Tier, das voll in der Natur lebt, meidet den Menschen, weil es genau weiß, daß nur der Mensch an den traurigen Zuständen auf der Erde schuld ist und auch Tier u Pflanzen mit in den Tod gerissen hat. Jedes Ding, sei es was es sei, auch das, was Menschen mit toten Gegenständen bezeichnen, hat Leben u ist mit dem Großen All des Lebensstoffes verbunden, eins mit dem andern u allen u alles ist nur eins das



Leben. Doch Menschen kennen nichts von wirklichen Leben u nehmen nur den Körper wahr als Leben und dies ist das streben in den Tod. Die ganze Menschheit sucht etwas, sie sucht, forscht, u horcht u weiß nicht, was sie sucht. Sie sucht sich selbst u sucht das Leben u weiß nicht was es ist u. findet es nicht. Doch die Zeit ist da wo das erste ewige Leben, zu leben Licht im Körper ewig, erkannt ist. Die Erde mit allem, was dran u drum ist, ist ein großer in Verwesung befindlicher Aasklumpen, von dem nur noch der Kern gut ist, u dieser Kern, heißt Lebensstoff, schafft einen neuen Lebensstamm, eine neue Erde Welt u saugt den Aasklumpen auf u bringt ihn zu neuem ewigen ruhigen Leben. Und heißt: aus der alten untergehenden Welt steigt die neue richtig lebendige Welt auf. Z. B. aus einem Apfel soll ein Baum werden. Zuerst fault das Fleisch des Apfels, der Kern treibt Leben, dringt durch die Fäulniß durch u saugt dann die Fäulnis auf, so ist der faule Apfel im zarten Stamm wieder enthalten, denn er war seine Nahrung. — Dieses Verhältnis besteht zur Zeit für die ganze Erde mit allem was drin, drum, drauf u drüber ist. Sie ist durch u durch verfault, nur der Kern treibt neues Leben, u in diesem Kern lebe ich. Doch das Leben ist noch zart u geht noch durch die Fäulnis durch, d. heißt, ich stoße oft bei der faulenden Menschheit an, die nicht sieht, wohin das Leben geht. Wie die zarte Pflanze sich durch die Fäulnis u die Erdschollen arbeitet um ans Licht zu kommen, so ists auch hier, ich bin durch Fäulniß u Erdscholle durch und sehe das Licht, die neue Welt des Lichts d. h. des ewigen Lebens, die die faulende Menschheit noch nicht sehen kann. Die Menschheit möchte das junge Leben knicken. Denn sie weiß nicht was es ist, hält es für verrückt, für Phantasie für krank. Doch das Leben kann nicht mehr unterdrückt werden, wohl kann man den Körper beläßtigen, ihn einsperren u. s. w., nie aber können sie dem Leben schaden, u dies ist die Hauptsache, ans Leben können sie nicht ran, denn das läßt sich von der verwesenden Menschheit nicht mehr fassen.

Fäulnis du stinkst furchtbar, doch auch du mußt sein, denn du gibst die Nahrung zu dem Stamm. Ich wollte sie wäre schon aufgesaugt aber es geht nicht so schnell, denn alles mit allem, jedes Sandkorn, Grashalm, jeder Käfer, Vogel Fisch jedes Ding auf Erden hat seine Verbindung mit der Fäulnis u dadurch auch zum neuen ewigen Licht, ob sie wollen oder nicht, sie kommen alle, alles, alles, was da ist. Es geht zwar langsam aber sicher u das ist das große Wiedersehen wo alles in allem sich wieder sieht alles eins, u eines Alles geht Von selbst. Wie ist es denn gekommen, daß die Menschen diesen Weg gelaufen sind? War es böser Wille? Nein die Zustände sind vonselbst gekommen und darum gehts auch jetzt vonselbst wieder ins richtige Geleise. Kann der Körper Mensch etwas dazu beitragen? Nein, die Kraft des Lichtes schafft alles vonselbst mit Naturgewalt, der Körper Mensch kann dies nur in sich aufnehmen u miterleben u auch die Aufnahme geht von selbst. Alles Tun u Lassen der Menschlichkeit verschwindet gegen diese Großartigkeiten in ein Nichts. Oh es



ist alles so klein, so nichtig, so erbärmlich was sie macht, bleibenden Werth besitzt bei ihr nichts, alles muß wieder zergehn, weils nicht richtig ist.

Vonselbst sieht die Menschheit ein, daß ihre Kunst u Kultur Irrtum ist. Der Krieg hat für die Teilnehmer ein Leben in der freien Natur zur Folge u es hat sich gezeigt, daß der Mensch überall im Wald, Feld, Gräben Regen Kälte gut leben u schlafen kann, daß er bei den größten Entsagungen des Kulturlebens doch noch zu gewaltigen Leistungen fähig ist. Staunend standen im nassen October November Dezember 14 unsere Ärzte vor der Truppe, wohl gab es Tote u Verwundete aber fast gar keine Kranke, obwohl wochenlang nur im Graben ohne jede Ablösung, ohne warmes Essen ohne Waschen u Bequemlichkeit bei Schlaf nur auf dem nakten Erdboden.

Durch die Leder u Stoffknappheit, gehen jetzt die Kinder in Berlin baarfuß herum u in die Schule, früher hätte dies gegen Anstand u Sitte (Kultur) verstoßen, heute ist es selbstverständlich, Pflicht fürs Vaterland, ja ein Professor erklärt es sogar für gesundheit fördernd. Er hat recht, denn wenn die Natur freie Wirkung auf den Körper haben kann, stärkt sie ihn, umgekehrt werden gerade durch das Einhüllen des Körpers die Schwäche u Krankheitszustände gefördert. In München ist es Erwachsenen erlaubt in Sandalen zu gehn. Auch hier fällt Anstand u Sitte (Kultur). Langsam vonselbst sieht also die Menschheit ein, daß doch nichts dabei ist, wenn man so geht, das man sich nicht genieren braucht, das es sogar noch gesundheit fördernd ist. Im Walde sah ich eine Schaar kleiner Kinder nur im Unterrock laufen, es ist richtig, ein Stück genügt, doch worum dreifach, wie bei Frauen, alles tragen. So kommt die Menschheit allmählig von selbst zu der Einsicht, daß Kleider unnütz u nur gesundheitsschädlich sind. Was heute vom Standpunkt der Sitte u Anstand scharf verurteilt würde, ist dann von selbst, selbstverständlich u man findet nichts mehr dabei. Allmählich u langsam verschwindet ein Teil nach dem andern, man gewöhnt sich gut daran. Wie die Kleidung mit dem Feigenblatt begonnen haben soll, so wird sie auch mit dieser Kleinigkeit als Kleidung aufhören, auf einmal sind die Menschen wieder nakt u sie finden nichts dabei, im Gegenteil sie freuen sich, daß es endlich soweit ist u sehnen sich nie nach der lästigen Kleidung zurück. Meine Frau u ich haben bewiesen, daß man im tollsten Wetter ganz nakt gehen kann ohne Schaden zu erleiden. Mit dem allmähligen Verschwinden der Kleidung, schwindet auch, das anstoßerregen vor der Naktheit. Gerade die in dieser Zeit üppige Sinnlichkeit bei den meisten Menschen, wird durch das verbergen der Körperformen gefördert, auch die Sinnlichkeit wird, wenn der nakte Zustand da ist, von selbst verschwunden sein. Was die Menschheit unter Anstand u Sitte bezeichnet, birgt in Wirklichkeit die größte Unsitte u Verkommenheit. Jedes Tier erledigt seine Bedürfnisse öffentlich, der Mensch hält dies nicht für anständig u doch liegt in dieser Verborgenheit die Ursache der größten Unsitte u Schändlichkeit.



Gerade bei den Klassen, die auf Bildung u Ansehn so großen Werth legen, ist die sittliche Verkommenheit am größten. Ich hatte Gelegenheit dies in den ärmsten u vornehmsten Klassen zu beobachten. Gerade in dem Stand, der den Anspruch erhebt im Lande der vornehmste zu sein, habe ich lange Jahre Sachen beobachten können, die ein Tier nie machen würde. Daß ist Gesittung u Bildung, wenn es nur Ausnahmefälle gewesen wären, ließe ich es gelten, doch die Ausnahme war der innere Anstand. Nach außen vor den Augen der Welt, wurde der Anstand selbstverständlich stets bewahrt. Daher auch der völlige Zusammenbruch dieses Standes im Kriege, nur ausnahmsweise traten moralisch feste Gestalten darunter hervor. Aus allem, was ich erlebt habe, bin ich berechtigt zu schreiben, daß das Tier u Pflanze, in dem was Menschen unter Anstand u Sitte verstehen, viel höher steht als der Mensch. Doch auch diese Zustände ändern sich von selbst.

Daß die Naktheit für die Menschheit kommt, ist durch die Ausführung meiner Tat zu Weihnachten von der Natur angekündigt, denn die Tat wurde von der Kraft der Natur gefordert, u bei der Ausführung meldete sich, daß die Naktheit auf alle ausgedehnt wird, denn sonst hätte ich die Tat nicht in der Öffentlichkeit ausführen brauchen. Gleichzeitig meldete sich, daß das was in der Menschheit an geschlechtlichen Entartung vorliegt, wieder in die richtigen Bahnen geleitet wird. Doch der Weg ist lang u schwierig u doch leicht, denn es geht von selbst. Ich weiß, es ist noch nicht die Zeit dafür, doch wäre es nicht vom kriegswirtschaftlichem Standpunkte einen großen Vorteil, wenn die Menschen, wenigstens schon im Sommer nakend gehen würden. Was würde an Arbeit, Leder, Stoff, Seife Wäsche pp nicht alles gespart? Jetzt ist das ganze Denken der Menschen nach außen gerichtet, Kleidung, Essen, Wetter, Krieg, Ernte u s. w. aber an sein Innen, an die eigne Maschine denkt er nicht. Er sucht alles außen u hat doch innen alles was er braucht. Er muß eine Uhr, ein Termometer, Kalender, Haus, Post, Straßen pp haben, warum braucht das Tier dies nicht? Die Schwalbe braucht keine Uhr u keinen Kalender keinen Führer um zu wissen wie u wann sie nach Afrika oder zurück muß. Die hat alles innen, in dem kleinen Körper, wenn die Zeit da ist, sammeln sie sich u gehen ohne große Vorbereitung, Man denke sich einen so großen Umzug von Menschen, welche Arbeiten, Anordnungen Befehle u Umständlichkeiten dies vorzubereiten. Der Mensch hat sich mit seiner Kultur u Kunst eben mit einer furchtbaren Last umgeben, die er nicht entbehren will u dauernd mit sich herum schleppt. Doch die Last drückt ihn, er fühlt sich nie frei, immer bedrückt und unzufrieden. Doch die Natur zwingt ihm die Last jetzt ab, indem er es doch selbst ausführen muß, abzulegen. Der Weltuntergang bei der Sintflut war gnädig gegen diesen, denn in 40 Tagen war alles erledigt. Doch der jetzige Weltuntergang ist härter u länger, denn die Menschen müssen alles selbst das aufräumen, was sie an unnötigem Kram geschaffen haben. Mit den Worten



für Vaterland bringen sie selbst alles auf den Altar des Vaterlands, um es der Vernichtung preis zu geben. So wandert Gold, Silber, Schmuck, Nikel, Kupfer, Hausgeräthe, Kirchenglocken, Alles überflüssiger Schwindel, der Vernichtung entgegen. Granaten werden daraus gemacht u Kriegsmaterial, so bringen die Menschen die Erze, die sie aus der Erde gestohlen haben wieder in die Erde, denn da gehören sie hin. Aber ehe sie dahin gehn, blasen sie vielen Dieben das Lebenslicht noch aus u schicken sie auch wieder in die Erde. Hätten die Menschen die Metalle da gelassen, wo sie waren u hin gehörten, dann könnten sie jetzt nicht dadurch umkommen. So rächt sich alles auf Erden, sogar das gestohlene Metall an Spitzbuben.

Meine und meiner Frau Tat zu Weihnachten 1916.

Weihnachten 1916 wollte ich mit meiner Frau im Kreise meiner Angehörigen in S. verleben. Um allen eine Freude zu bereiten kauften meine Frau u ich am 24. 12 Nachmittags für jeden Angehörigen ein Geschenk, u gab alles Geld aus, bis auf das Reisegeld von S. nach D., wohin ich am 27. 12 wieder fahren mußte. Das Haus meines Vaters liegt etwa drei Minuten von dem Haus der Mutter meiner Frau entfernt. Am Nachmittag des 24. 12 hatte ich eine große innere Freude, meine Frau ebenfalls. Meine Augen traten weit hervor u ich hatte das Gefühl daß ein unsichtbarer Strahl aus meinen Augen ging. Am hl. Abend nach dem Abendessen waren wir im Hause meines Vaters. Der Vater ging in die Bahnwärterbude gleich am Haus. Im Zimmer war meine Frau, eine Schwester von mir 21 Jahre alt, ein Bruder von 16 Jahren u ein Bruder von 14 Jahren. Diese putzten den Weihnachtsbaum. Ich ging im Zimmer auf u ab, dabei fing die Brust an sich heftig zu heben u zu senken, es ging ganz von selbst ohne, daß ich künstlich etwas dazu hätte beitragen können. Mit außerordentlicher Gewalt arbeitete die Brust, dann fing von selbst eine Stimme in mir an zu reden, eine Stimme, von der ich nicht wußte, daß sie im Körper war, von selbst wurden mir die Lippen geöffnet u ich sprach. Ich w o l l t e dies Sprechen unterdrücken, doch es ging nicht, mit großer Kraft u lauter Stimme wurden die Worte heraus gebracht. Jedes Wort verstand ich klar u deutlich, was es zu bedeuten hatte, doch die Anwesenden konnten es nicht fassen u glaubten, ich sei verrückt. Ich sah u fühlte es, daß sie es dachten auch meine Frau glaubte es einige Sekunden. Unter anderem sagte die Stimme in mir folgendes: „Dieser Mund wird stets die Wahrheit sagen, nie kommt mehr eine Lüge über diese Lippen. Der Dreck ist weg, der Dreck ist fort, ich bin neu geboren. Da seht Ihr den Weihnachtsbaum ein Blödsinn sonder gleichen, er ist dem Christkind gewidtmet u die Menschen wissen nicht wo u wie das Christkind ist." Weihnachten ist für die Menschen ein Trauerfest, denn sie wissen nicht, was es bedeutet, doch ich feierte mein erstes Weihnachten, denn ich bin neu geboren". Dann wurde die Bewegung der Brust noch stärker und in-



dem ich auf meine Frau zugehe, kommen die Worte heraus mit großem Druck vonselbst „: Ich bin Adam u du bist Eva, endlich haben wir uns wiedergefunden." Vonselbst umarmten wir uns, meine Frau bekommt dieselbe innere Bewegung u beide fangen wir laut an zu weinen, aber es sind Tränen der Freude, des Wiedersehns. Von dem Augenblick an hatte meine Frau die innere Bewegung wie ich, u wußte, daß ich nicht verrückt war. Nach einigem Nachlassen setzte die Tätigkeit der Brust wieder stark ein u die Stimme sprach laut u mächtig: „An dieser Stelle ist mein Paradies, nie sterbe ich mehr, nie nie sterbe ich mehr u wenn Alle wieder aus dem Paradise laufen, wir beide laufen nie nie wieder heraus. Sie kommen aber alle, alle alle kommen sie." (Diese Sätze wurden mit großer Wucht heraus gebracht u in jedem Körperteilchen fühlte ich, daß es volle echte Wahrheit war.) Darauf hörte die Starke Bewegung auf. Mein Bruder trat auf mich zu u sagte „Heinrich daß du dies tun mußtest, ist für mich klar, nie habe ich so einen hl. Abend verlebt, u den werde ich auch nie vergessen", darauf sagte ich zu dem andern Bruder: „Geh den Vater holen", der Vater kam, er hatte in dem Bahnwärterhäuschen den lauten Vorgang mit angehört. Ich forderte ihn auf sich neben mich auf den Stuhl zu setzen, er tat es. In ruhigem Tone sagte ich ihm dann die Wahrheit über sein ganzes Leben. Es war ihm sehr peinlich u er wollte fort gehn, aber es ging nicht, er konnte nicht von dem Stuhl aufstehn. Ich sagte „du kannst nicht aufstehn, versuche es nur." Er versuchte heftig, aber er war wie festgeschmolzen auf dem Stuhl. Er mußte meine Strafpredigt anhören, u erst, als ich geendigt hatte, konnte er wieder aufstehn, etwa nach einer ¼ Stunde. (Zur Erläuterung: Wie ist es möglich daß die Kraft die in mir tätig war, von selbst auf meine Frau überging, u auch auf den Vater u so stark, daß er sich nicht vom Stuhl erheben konnte? Ich hatte ihnen nicht in die Augen gesehn, noch sie körperlich berührt. Dies geschieht durch den Lebensstoff „Licht", der außerhalb von Wille u Gedanken arbeitet, also über diesen steht. Dieser lebendige Lebensstoff hielt am hl Abend seinen Einzug in meinen Körper u gegen diesen Stoff ist Menschenwille u Gedanke machtlos. Doch diese Stoffbewegung ist nur dann für andere sichtbartätig, wenn sich ein besonderer Zweck damit verbindet.) Wir schritten dann zur Verteilung der Geschenke für meine Frau, es lag in ihrem elterlichen Hause. Ich sagte zum jüngsten Bruder, geh hin u hol das Geschenk. Er sagte: ich weiß nicht was es ist. Ich sagte, geh hin, aus den Paketen, die dort liegen nimmst du eins raus, du bringst das richtige. Er kam u brachte das rechte, ohne jemand gefragt oder hinein gesehn zu haben. Er war vom Lebensstoff geführt worden. Darauf verabredeten wir am nächsten Nachmittag alle im meinem Elternhaus zusammen zu sein, wir wünschten uns gute Nacht, meine Frau u ich gingen in ihr Elternhaus um dort zu schlafen. Dort angekommen legten wir die Geschenke für die dortigen Angehörigen zurecht. Dabei bekam ich ein sehr trauriges Gefühl, ich weinte heftig,



weil ich Adam war, u all das Elend auf dem Erdball verschuldet hatte. Mir stand klar vor Augen, daß das richtige Leben (was die Menschen mit Seele bezeichnen), das in dem ersten Menschenpaar der Urzeit gewesen war u nach der Bibel Edam u Eva heißt, an diesem Abend wieder in unsere Körper eingezogen war. Obwohl mein jetziger Körper, Fleisch u Blut an dem Elend der Erde nicht schuld ist, fühlte ich deutlich, daß durch den Einzug des richtigen Lebens der ersten Menschen in meinen Körper die Schuld auf diesen Körper überging. —

Da ich gerne Aepfel aß, nahm meine Frau 2 schöne rotbackige Aepfel mit ins Schlafzimmer, doch ich hatte keinen Appetit u sie legte sie beiseite. Meine Frau schlief bald, doch ich lag noch lange wach, dies große Schuldbewußtsein ließ mich nicht schlafen. Dabei trat mir das Verhältniß des Menschen zum Tier vor Auge u ich sah klar und deutlich, daß der Mensch nichts anders wie das Tier ist. Nur die Beschaffenheit des Körpers wird zum Unterschied Mensch u Tier genannt, aber das Wesen im innern ist ein u dasselbe. —

Am ersten Weihnachtsmorgen wachte ich gegen 8 Uhr auf, das Schuldgefühl war noch vorhanden u auch jetzt bei meiner Frau stark vertreten, sie lag im Bett u weinte bitterlich, da trat ihre Mutter in unser Schlafzimmer u fragte, warum sei weine. Ich fuhr sie an u sagte: „sie ist Eva du bist nicht ihre Mutter, sondern du bist ihr Kind, wir sind deine Eltern". Darauf ging die Mutter traurig raus. Nach einiger Zeit sagte meine Frau, indem es vonselbst in ihr sprach: „Der Vater sagt, ich darf mich nicht schämen. ich muß mich meinen Kindern so zeigen, wie ich bin, komm geh mit." Mir war es frei gestellt, mitzugehn, doch ich fühlte, daß ich meine Frau in dieser schweren Stunde nicht verlassen durfte u ging mit. Beide waren wir im Nachthemd. Als wir ins Zimmer kamen, hielten uns die Angehörigen für verrückt u sagten „ach geht doch rauf ins Bett"; einige kräftige Worte setzten so auf sie über, daß sie uns in Ruhe ließen. Anwesend waren ein Mann von etwa 60 Jahren ein Mann von 35 Jahr, eine Frau von 58 Jahren, eine Frau von 32 Jahren und 2 Kinder von 11 u 8 Jahren. Meine Frau sagte: „ich bin Eva, u ihr seid alle meine Kinder. gebt mir alle einen Kuß"; u jeder gehorchte u gab einen Kuß, keiner konnte sich sträuben, denn die Stoffbewegung lag auf ihnen. Darauf gingen wir wieder zu Bett. Nach kurzer Zeit sagte meine Frau: „ich habe mich wieder geschämt, der Vater sagt, ich darf mich nicht schämen, ich muß ohne Nachthemd nochmal runtergehn". Beide zogen wir das Nachthemd aus und gingen ganz nakend ins Zimmer, die beiden Männer wollten mich nun anfassen, doch nur ein kurzes „geht fort" hatte so eine stoffliche Wirkung, daß sie uns in Ruhe ließen. Meine Frau sagte, „Ich muß noch mal kommen, weil ich vorhin im Nachthemd kam, ich darf mich nicht schämen. Ihr müßt mir alle noch einen Kuß geben". Der jüngere Mann wollte traurig aus dem Hause gehn, er war schon in der Haustür, ich fuhr ihn laut an: „willst du hierher kommen", wieder-



strebend kam er u gab der Frau einen Kuß. Er konnte nicht anders, denn die Stoffbewegung zwang ihn dazu. Darauf gingen wir wieder zu Bett. Es setzte ein heftiges Frieren ein, alle Glieder bebten, es war aber nicht ein Frieren, wie man es sonst empfindet. Ich hatte Hunger, meine Frau sagte: „wir wollen die Aepfel essen"; jeder nahm einen in die Hand, meine Frau sagte: „komm, wir essen zusammen" u reichte mir ihren Aepfel zum abbeißen, ich biß ab u wollte essen, doch der Bissen blieb im Munde stecken, u die Stimme sagte von selbst: „du hast wieder in den Apfel gebissen"; Eva sagte: „das war aber nicht meine Absicht". Heftiges Zittern ergriff uns beide, wir deckten uns mit dem Oberbett besser zu, aber es verschwand nicht. In dem Augenblick sah ich ans Fenster u sah wie der Regen peitschend an die Scheiben schlug u der kalte Wintersturm heulte, ein Blick, ein Schaudern, ich sagte zu meiner Frau: „du, wir müssen ganz nakend ins Paradies gehn", sie sagte: „es ist gut ich gehe mit". (Ich bemerke daß wir bei vollem klaren Bewußtsein waren.) Vollkommen nakend gingen wir aus dem Haus ihrer Mutter zum Garten meines Vaters. Als wir das Hoftor hinter uns hatten sagte ich zu Eva „du hast noch den Apfel in der Hand"; darauf warf sie ihn fort. Hand in Hand gingen wir durch Sturm, Regen u Kälte; die Leute aus den Häusern sahen erstaunt auf. Im Garten des Vaters angekommen, kam mein leiblicher Vater u wollte uns ins Haus holen, ich drehte mich um, mit einer Armbewegung schrie ich ihn an „geh fort, du bist nicht mein Vater". Kreidebleich u traurig gind er widerstrebend fort, das war nicht anders möglich, denn die Stoffbewegung führte ihn zurück. Wieder ging ein Zittern durch die Glieder, ich trat an den Rand des Gartenstücks, den rechten Arm hoch erhoben mit dem Apfel in der Hand. Mit einer gewaltigen Stimme so stark, wie ich sie selbst als Soldat nie für möglich gehalten hätte, kommen folgende Worte von selbst. „Hier stehe ich, ich bin Adam, hier ist mein Apfel, das ist Eva, heute beginnt die neue Welt, ich rufe es, ich schreie es, heute beginnt die neue Welt". — Darauf ein heftiges Zittern, es sagt von selbst: „legt Euch auf die Erde, dann werdet ihr warm", wir legten uns auf die nasse Erde u waren sofort warm. Dicht vor uns her fliegt ein Rabe, ich sage zu Eva „sieh, da fliegt der Rabe", nach kurzer Zeit flog er wieder zurück, ich sage „sieh der Rabe fliegt wieder zurück". (Bedeutung: es ist noch nicht alles auf Erden so, daß die Menschen schon nakend gehen können, Vergleich mit der Taube aus der Arche Noah!) Darauf stellt sich wieder ein heftiges Zittern ein. Es sagt von selbst: „ich habe wieder in den Apfel gebissen, nun ist wieder alles vergebens, wieder muß alles arbeiten u die Last u den Fluch tragen. Jetzt können wir ins Haus gehen, es ist alles umsonst gewesen". Eine kurze Pause dann sagt es vonselbst „Wir brauchen uns nicht zu schämen, wir gehen zum Vater, um unsere Schuld zu sühnen". Wir faßten uns an die Hand u gingen den noch 20 Minuten langen Weg zum Bahnhof. Noch einmal versuchte mein Vater uns zurück zu halten.



„Geh fort, du bist nicht mein Vater“ ließ ihn zurück gehn, er war kreidebleich u zitterte vor Erregung. „Dann maket, wat i wellt“, sagte er u ging fort. Wir setzten unsern Weg fort u unterhielten uns, die Leute müßten ja meinen, wir wären verrückt, weil sie es nicht verstehn, sagten wir zu einander. Regen, Wind, u Kälte ging spurlos an uns vorüber. Einmal noch ein Zittern, es sagte von selbst: „du hast noch den Apfel in der Hand“; ich warf ihn fort, sofort war das Zittern vorbei. Es war die Zeit, als die Kirche beendet war, eine Menge von an Hundert Menschen kamen an uns vorbei in Gruppen hintereinander. Zu jeder Gruppe sagten wir „Wir gehn zum Vater“. Es waren fast alles Bekannte, aber keiner faßte uns an oder versuchte uns zurück zu halten. Warum nicht? Es ging eine so starke Stoffbewegung von uns aus, die dies verhinderte, alle bogen sie etwas vor uns aus. Es durfte uns nicht eher einer anfassen bis die Zeit dazu da war. Wir gingen weiter, dicht vor dem Stadttor sagte meine Frau: „ich muß ein Bedürfniß verrichten“, ich sagte: „es ist gut, schämen gibts nicht“, sofort fühlte auch ich das Bedürfniß u beide verrichten wir auf dem Bürgersteig Stuhl u Wasserausscheidung, vor den höhnisch lächlenden Augen der Zuschauer; aber keiner faßte uns an. (Bedeutung: der Mensch soll wie das Tier seine Bedürfnisse dann verrichten, wenn der Andrang dazu da ist, gleich wo er ist, dann bekommt er auch keine Darm- oder Blasenleiden.) Wir gingen weiter, eine dichte Menge Volk folgte, es erschollen Rufe: „halt sie fest. telefonirt an die Wache“ u. s. w., wir gingen ruhig weiter. In den Bahnhofsanlagen faßte mich ein Mann an, er bekommt einen Stoß vor die Brust u sinkt zitternd in die Knie, dann lassen sie uns wieder in Ruh. Am Bahnhof treten uns Soldaten mit aufgepflanztem Seitengewehr entgegen, ich schiebe einen bei Seite u gehe durch die Tür, dann faßt die Menge meine Frau an, will sie von mir los reißen, es entsteht ein wüstes Getümmel, sie zerren uns vors Gebäude, aber die Hände sind wie ein Schraubstock zusammen gefügt. Nun reißt ein Teil der Menge an mir, so viele wie zufassen können, ein anderer an meiner Frau u ziehn aus Leibeskräften. Wir schreien beide aus Geisteskräften „wir wollen zum Vater!“ ein Kerl springt mir an die Gurgel. Da gleiten unsere Hände auseinander, aber wunderbar genau u exakt schließen sich unsere beiden Arme sofort fest in einander u das wüste zerren geht von neuem los. Eine Zeitlang halten wir stand; — da ein zittern im Körper, die Kraft setzt ab, wie ein Waschlappen sinken wir zusammen. Laut u klar sagt das Selbst von selbst: „sie führen uns zum Vater“. (Erklärung: die Kraft setzte ab, weil das auf die Sekunde genau richtig war, denn die Aufnahme ins Krankenhaus war zur vollständigen Durchführung des Aktes nöthig. Die Stoffkraft ist stark genug, jede Belästigung von mir fern zu halten, doch auch die Belästigungen durch Menschen haben ihren Zweck.) Ich wurde in einen Petroleumkeller u meine Frau in einen Holzschuppen getragen. Soldaten beschimpften mich: „schlagt dem Kerl den Kolben auf den Kopf, stecht ihn tot“;



einer lud sogar das Gewehr, dabei stand ich nakend vor ihnen u konnte ihnen körperlich doch nichts tun. In einem Krankenkorbe wurde ich ins Krankenhaus getragen. Sobald ich auf dem Wege dorthin mal die Decke lüftete, um frische Luft zu schöpfen, wurden mir die Seitengewehre auf die Brust gesetzt. Im Krankenhaus kam ich in eine Zelle für Tobsüchtige, meine Frau in eine Zelle direkt daneben, sodaß wir uns unterhalten konnten. Kurz darauf kam der Arzt, vorsichtig blieb er mit einem Fuß hinter der Tür stehen, denn er traute mir nicht und hatte Angst. Er sagte: „Das sind ja nette Sachen, die Sie da machen, warum taten Sie das?" ich sagte „weil ich mußte". — „Wer befahl Ihnen das?" ich sagte „mein Vater", — „welcher Vater?" ich sagte „mein Vater im Himmel". Darauf ging er zu meiner Frau und ließ sich nicht mehr sehn. — Nach H. ließ er telegraphieren „ich sei geistig umnachtet." Dies war gelogen, ich war geistig vollkommen klar, aber er hat es gar nicht für nötig gehalten, sich etwas mit mir zu befassen, denn sonst hätte er sofort merken müssen, daß ich in Ordnung war. Also ist sein ärztliches Urteil leichtfertig u auf völlig ungenügende Beobachtung zurück zu führen. In der Zelle habe ich dann noch schwere Kämpfe durchgefochten, die zu erläutern keinen Zweck hat. Nur noch einiges. Das Selbst von Selbst sagte stets: „am Mitwoch fahre ich nach D." Mit meinen Gedanken hielt ich dies für unmöglich, ich konnte mir nicht erklären, wie es möglich sein könnte, weil ich wußte, daß die Menschen mich für total verrückt hielten. Doch der Stoff sagte immer wieder: „du fährst am Mittwoch nach D.", mit dem Verstande sagte ich, es kann nicht sein, u doch fühlte ich bestimmt, daß es wahr war. Am Dienstag sagte meine Frau, St. kommt u holt uns. Mit dem Verstand konnte ich auch dies nicht fassen u nicht glauben u auch da fühlte ich, daß es doch so war. Am Dienstag abend sagte meine Frau: „St. ist da, er ist schon in S." Trotzdem wir uns den Zusammenhang mit dem Verstand in der Lage, nicht erklären konnte, war es tatsächlich so, St. war die Nacht in S. u holte mich, so daß ich am Mittwoch mit nach D. fahren konnte. Ich war selbst platt darüber, wie das möglich war. Und doch war es einfach. Ich war von D. ohne Urlaub weg gefahren, dann kam das Telegramm von meiner geistigen Umnachtung in H. an, die Ärzte schickten den St. nach S. mich zu holen u er brachte mich auch mit.

Diese Vorgänge waren uns in den Zellen nicht bekannt u deßhalb konnte ich mir nicht erklären, daß der Lebensstoff so bestimmt sagte, „St. ist in S. u ich fahre am Mittwoch nach D. Das ist die Arbeit des Lebensstoffes, er sieht Alles, er weiß Alles, was mit Gedanken nicht zu fassen ist. Er sagt aber nur dann etwas, wenn es nötig ist, — u nie etwas, wenn es keinen Zwek hat. Bei ihm geht alles auf die Nadelspitze genau. Mit diesem Lebensstoff habe ich die direkte Verbindung — u da ist es schon gut, wenn man mich in Ruhe läßt, der Stoff läßt eine Belästigung des Körpers nur soweit zu, wie es nötig ist. Wer den Körper ungerechter



Weise belästigt, dem könnte es übel bekommen. Da heißt es, spielt nicht mit Feuer, denn es kann gefährlich werden.

Die Schilderung der Tat beruht voll u ganz auf Wahrheit. Durch Zeugen, die nicht für geisteskrank gehalten werden, kann gerichtlich festgestellt werden, daß alle Angaben stimmen. Warum führte ich diese doch furchtbare Tat denn aus? Ich wollte das Schuldbewußtsein von mir wälzen, und bei Ausführung der Tat war in jeder Zelle des Körpers das felsenfeste Gefühl „du holst die ganze Menschheit des ganzen Erdballs aus einem fürchterlichen Sumpfe, du bringst der ganzen Menschheit das Leben wieder, das richtige wirkliche ewige Leben, daß sie verloren hat". Ist es gemeingefährlich, wenn ich zur Erreichung solcher Ziele, den schweren Weg ging?, der nur Hohn u Spott einbrachte, von Seiten der blinden Menschen? Hätte es sich nicht um so außerordentlich Großes gehandelt, ich hätte den Weg sicher nicht gemacht. Ich weiß, was ich gesehen u gefühlt habe, denn ich habe den Weg selbst gemacht, u mein Gefühl kann kein anderer sehn, oder wahrnehmen u dies Gefühl wird von lebendigem Lebensstoff gestellt. Auch heute noch, jede Sekunde habe ich das felsenfeste Gefühl, etwas Großartiges für die Menschheit, für alle Lebewesen, ob Tier oder Pflanze geleistet zu haben, denn Alles hat Recht zu leben u nicht zu sterben u alles wird auch zu Leben werden. Ist es nicht etwas Großes, in einer Zeit, wo nur Vernichtung da ist, mit allen Kräften für das Leben zu schaffen. Wenn ich körperlich auch nichts tue, stofflich arbeite ich so, wie nie ein Mensch geschafft hat. Daher habe ich das Recht, mich mit jedem Menschen, sei es wer es sei gleichzustellen, denn ich habe auch für den Größten unter den Menschen gekämpft. —

Wie ist es möglich daß zwei Menschen gleichzeitig so etwas ausführen, woher ist die innere Einheit, woher die Kraft, solches zu tun? — welche Kraft hat den Schutz gegeben? es ist uns nichts passiert, wir waren nicht krank, nicht wahnsinnig, nicht tobsüchtig, nicht mondsüchtig, sondern haben Alles bei vollem klaren Verstand gemacht. Es war die Kraft, die am hl Abend in uns geboren wurde, die lebendige Kraft des Lebensstoffes „Licht" — der in der gesammten Menschheit nicht vorhanden ist. Diese Kraft des Stoffes hat die Körper geführt u hat alles wunderbar genau ausgeführt, ohne daß dem Körper auch nur ein Leid widerfahren wäre. Nach Menschenlehre müßte ich sagen, der Herrgott selbst hat uns geführt, doch für uns gibt es so'nen Herrgott nicht. Der lebendige Lebensstoff führt alles, leitet alles u hat Wohnung bezogen in meinem Haus Körper. Das heißt zurückgekehrt ins Paradies. Der Lebendige Lebensstoff hat dem Garten Körper wieder bezogen. Und kann jeder Körper, ob Mensch, Tier, Pflanze pp. diesen lebendigen Lebensstoff in sich aufnehmen,? u damit ist der Tot aufgelöst u bleibet Leben, der Körper mit dem Licht im Körper u das ist der Lichtkörper, denn das Licht nimmt täglich zu u Fleisch u Blut tritt entsprechend zurück.



Ich weiß es wohl, die Menschheit sagt, das kann nicht sein, das ist krank, verrückt, doch für mich und mein Weib ist es Tatsache, die nakte reine Wahrheit u die Zukunft wird es beweisen.

(Später verglich L. gelegentlich sein Leiden mit dem Leiden Christi. Der Gang am Weihnachtstage unter dem Gejohle der Menschen entspräche der Kreuztragung, die Einsperrung in der Tobzelle des Krankenhauses der Grablegung, die Befreiung daraus am dritten Tage der Auferstehung.)

Wegen des Schwindels Religion hätte ich das Recht, gegen den Staat zu klagen u ihn für das Geschehniß verantwortlich zu machen, denn von Staatswegen ist mir in der Schule die Religion u die Geschichte von Adam u Eva beigebracht. Ist es nicht ein Verbrechen an einem jungen Kinde, ihm falsche Sachen bei zu bringen, über die sich selbst die Geistlichen nicht klar sind, was sie richtig bedeuten. Wie kann ein Kind in zarter Jugend soetwas richtig auffassen, was reife Männer nicht verstehn. Die Gedanken des Kindes werden da wissentlich in falsche Bahnen gelenkt u schwer ist es, sich da wieder raus zu arbeiten, doch ich habe es fertig gebracht. Ich klage hier meinen Pfarrer u Lehrer an, der mir wissentlich was falsches unbestimmtes beigebracht hat, von dem sie selbst nicht wußten, was es richtig war, doch sie dachten, die Kinder verstehen es ja doch nicht; u jeder kann es ja halten, wie er will. Ich war als Kind sehr empfänglich für solche Sachen u bewegte jedes Wort meiner Lehrer, um zu ergründen wie es richtig sei. Ihre falschen Anschauungen habe ich mir zu eigen gemacht u das war starkes Gift für mich. Doch die Lehrer kann ich allein nicht anklagen, denn sie taten es im Dienst für den Staat, der Staat hat die Religion anerkannt, also ist er der Hauptschuldige, das ich Gift in mir aufnahm. Aber auch im Elternhause wurde schon ein Keim der Unklarheit gelegt. Die Mutter lehrte mich beten, u der Vater sagte, es ist blödsinn, es gibt keinen Gott. Ich glaubte der Mutter u besonders da Lehrer u Pfarrer doch auch bestimmt sagten, daß die Religion stimmte, u es einen Gott gebe. Heute sage ich, ich glaube gar nichts, denn, was mein Kern sagt, ist richtig. Was ist nun die Religion? Die ganze Menschheit fühlt ihre Unvollkommenheit, sie fühlt daß sie nicht alles war, u suchte nach einem Halte. Sie war haltlos, macht'u kraftlos, viele Völker sahen, daß die Naturkraft gewaltig war u verehrten in ihr daher Dinge, wie Sonne, Eiche pp. Andere beteten Götzen an, Kälber, Holz-Figuren, lebende Stiere u. s. w. u glaubten durch ihre Verehrung Hilfe zu erhalten. Die Juden lehrten einen lebendigen Gott, die Christen stellen den Menschen Jesus als Gott. Aber auch darin sind große Spaltungen, die einen sagen, so ist es richtig, die andern sagen, so ist es richtig. Ja was ist nun recht? Gar nichts ist richtig, es ist alles Irrtum, alles Unsinn. Mit ihrer Religion gestehen sie ein, daß sie selbst elend sind u auf was besseres hoffen. Hat eine Religion schon die Erfüllung der Wünsche gebracht? Nein, keine. Sind die Menschen besser geworden? nein, wa-



rum nicht? Weil die Religion tot ist u kein Leben in sich birgt, sie zieht den Menschen nicht an, sondern stößt ihn ab, weil er über alle Dinge im Unklaren bleibt. Wer bürgt dafür, daß die Sachen so gewesen sind, wie die Bibel es sagt? Wer bürgt dafür, daß die Bibel von einer Sprache in die ändere richtig übersetzt ist? Wer glaubt heute noch an das Märchen, der Erschaffung der Erde u des Menschen, wie es den Kindern in der Schule gelehrt wird? Es gibt ja heute auch noch viele Menschen die wirklich ernstlich glauben, daß alles so gewesen sei, selbst viele, die Zweifel haben, wagen nicht damit raus zu kommen, weil sie Angst haben, der Herrgott könnte ihnen eins aufs Dach geben. Macht die Religion frei? Nein, sondern zum Sklaven macht sie den Menschen, sie macht ihm Angst, wenn er nicht nach den Geboten Gottes handelt, kommt er in die ewige Verdammniß, welch ein Blödsinn. Wenn ein Mensch nur 20 Jahre gelebt hat, dann kommt er nach ihrer Lehre in die ewige Verdammniß d. h. Milliarden, Milliarden, von Jahre überhaupt immer in die Hölle. Bei den Evangelischen gibt es kein Fegfeuer, wer da einmal in der Hölle ist, muß darin bleiben. Ist es nicht ein Unsinn sondern Gleichen, ein Schwindel, den Menschen glauben zu machen, da steht die Gerechtigkeit des Herrgottes ja noch tief unter der unvollkommenen menschlichen Justiz. . . Mein heutiger Standpunkt über Religion und Bibel: „Ich verwerfe jede Religion, denn keine ist richtig. Die Menschheit wird allmählig von selbst einsehen, daß es so ist, und die Religion restlos abstreifen. Man hatte geglaubt durch die Religion die Menschen zu bessern, doch der Beweis ist da, daß die Menschen nur schlechter, nie besser geworden sind. Die zahlreichen Religionen u Spaltungen in den einzelnen Kirchen zeigen, daß das Ding nicht stimmt. Also gar nichts glauben, sondern der Natur in sich selbst folgen. Dann kommt man dahin, wohin man gehört. Unterdrükt man die Natur, den Kern in sich, dann tötet man sich selbst.

Die Bibel enthält einen Kern von Wahrheit, sie zieht sich wie ein roter Faden hindurch, etwa so, als wenn durch einen schwarzen Strumpf ein roter Faden gezogen ist. Doch diese Wahrheit liegt genau umgekehrt, wie die Menschen glauben. Die Menschen glauben, die Dinge liegen so, wie sie dort zu lesen sind, dies stimmt nicht. Z. B. Adam u Eva sind nicht aus dem Paradies getrieben worden u deßhalb sind die Verhältnisse so auf Erden. Nein, die Zustände sind von selbst so gekommen u hängen mit der Entwicklung der Erde Natur zusammen, doch hat der Mensch ein Schuld daran, doch nicht wie die Bibel sagt. Sondern deßhalb, weil der alles schaffende Lichtstoff aus dem Körper getreten ist nur deßhalb weil der Mensch den Körper versaute. Lichtstoff aus dem Körper getrieben, das war die Austreibung aus dem Paradies. Die Bibel sagt, an der Pforte des Paradies wurde der Engel Cherubin gestellt. Er war also der, der an nächsten an der Pforte des Paradises blieb u ist der Engel Cherubin, der K., der erste, der wieder in das Paradies gegangen d. heißt der Mensch K. ist der erste, der den Lichtstoff wieder in den Kör-



per (Paradies) gebracht hat. Nach der Bibel soll Adam u Eva von der Frucht des Lebensbaumes gegessen haben, u schämten sich daß sie nakt waren. Das heißt, sie fingen von selbst an zu arbeiten, machten sich Kleider pp. u ruinirten die Pflanzen, fingen an zu stehlen u ruinirten ihren Körper dadurch, weil sie die Dinge nicht ließen wie sie waren, denn jedes Ding war für seinen Ort geschaffen, u mußte da bleiben. Dadurch fühlte sich der „Lichtstoff Leben" im Paradies Körper nicht wohl u ging raus u der Tot des Körpers trat ein. Umgekehrt kamen Adam u Eva zu Weihnachten 1916 nakend an die Öffentlichkeit, sie schämten sich nicht u der „Lichtstoff Leben", ewiges Leben, kam ins Paradies Körper zurück. Es ging ganz von selbst, nie hat uns einer gesagt, daß wir Adam u Eva seien, oder die Tat ausführen sollten. Wir wollten lediglich im Kreise der Angehörigen Weihnachten feiern. Von selbst kam zuerst der Lichtstoff in den Körper zurück, Er allein sagte von selbst: „Ich bin Adam, Du bist Eva" u er stellte u führte die Tat des nakendgehens in der Offentlichkeit u sorgte dafür, daß uns nichts passierte.

Also wie die Bibel sagt, ist es körperlich nicht gewesen, aber umgekehrt kommt es richtig körperlich so, wie es dort falsch gewesen sein soll.

Ich, der dies ausgeführt habe, weiß, daß es haarscharf stimmt, denn jede Sekunde fühle ich das Licht in mir arbeiten u das heißt, ich lebe seit Weihnachten in einer neuen Welt, in der Welt des Lichtes, des ewigen Lebens, doch können Menschen diese Welt nicht sehen u nicht verstehen.

Da ich durch die Religion gelaufen bin sage ich, um es Menschen begreiflich zu machen, ich lebe in der 5. Welt. Z. B. Jede Welt hat ihren Ursprung.

Urwelt:	1) Welt (nach Bibel) der Gott, Herr oder Vater mit Adam u Eva
Heidenwelt:	2) Welt Noah mit seiner Arche (Heidenwelt)
Judenwelt:	3) Welt Moses mit den 10 Geboten
Christenwelt:	4) Welt mit dem Christus

Welt des Lichts: 5) Welt, Welt des ewigen Lebens. Der Vater (K.) mit Adam u Eva wieder richtig da, weil sie in der Urwelt falsch verschwunden sind. Die 3 noch vorhandenen Welten Heiden (auch Islam) pp. Juden Christen u alle Lebewesen der Natur werden in diese Welt des Lichtes aufgesogen. Nichts bleibt zurück, alles kommt herein, denn jedes Wesen hat recht zu Leben jede Mücke, jedes Blümchen, jede Pflanze, jedes Tier, jeder Mensch. Für das Leben, das den Körper noch verlassen muß, wird stets ein neuer Körper geschaffen, bis alle, alle da sind, u dieses Werk (nicht körperlich) im Stoff zu leiten ist unsere Arbeit, es ist nicht leicht, u auch nicht schwer, denn es geht von selbst. Doch die Unwissenheit der Menschen die dies nicht sehen u verstehen setzen etwas wehmithige Stimmung. Ist es nicht etwas herrliches, eine große Arbeit, die wir im

Stillen leisten? Unverstanden von den umgebenden Menschen, die uns mit geistesumnachtet, geisteskrank, verrückt u gemein gefährlich drücken. Wenn die Menschen sehen könnten, was wir schon sehen, dann würden sie anders über uns denken. Doch es schadet uns nichts, denn unser Leben können sie nicht vernichten. —

Nicht weil wir nackend gegangen sind, kommen die Verhältnisse so auf Erden, sondern weil die Zeit da ist, daß die Verhältnisse so kommen, gingen wir nakend, um für uns selbst u die Menschheit als Wegweiser zu dienen. Nicht ein Himmel in oder über den Wolken, sondern ein Himmel auf Erden kommt u ist für mich schon da. Und ist für alle da ohne Ausnahme, aber nicht nur für Menschen, sondern für jedes Lebewesen, gleich ob Tier oder Pflanze. Und sind in dieser Welt alle gleich u gibts kein Unterschied zwischen Mensch, Tier, Pflanze Sandkorn, Staub, Wasser. Alles ist gleich tausendfältige Körper, doch nur das eine Leben u alles in Licht. Reich u. Arm, Rang u. Stand, Kunst u. Kultur gibts da nicht, die muß der Mensch draußen lassen. Darum wurde vom Menschen die Tat gefordert, um dies zu beweisen u den Dreck aufzulösen, denn andere Lebewesen haben den Dreck nicht u wissen schon jetzt von selbst durch ihr Inneres, daß die neue Zeit anbricht, u sehen die Morgenröte schon, jedes Tier jedes Ding fühlt es daß die neue Zeit da ist. Doch die Menschen die von allen Lebewesen am tiefsten stehn, wollen nichts davon wissen, können nichts davon wissen, weil sie weit, weit ab sind von dem, was „Lebenslicht“ ist. Doch durch ihre eigene Vernichtung, durch die Vernichtung aller Kultur u Kunst durch sie selbst, werden sie allmählig vonselbst aufgerüttelt. Es haben die Menschen Angst vor diesen Zuständen, sie sagen was sollen wir essen, wir frieren, nein es kann nicht so sein. Doch es ist so, für alles wird gesorgt, so lange Nahrung nötig ist, ist sie da, so lange Wohnung u Heizung nötig sind, sind sie da, doch der Mensch schafft alles von selbst ab u wenn er es nicht will, kommt ihm die Natur zu hilfe u hilft mit Naturgewalt mit aufräumen. Wie es kommt zeigt der Krieg. Einschränkung an allen Stellen, ohne viel Kohlen sind die Menschen durch den Winter gekommen. Wenn die Zeit da ist, ist der Mensch auch mit den Zuständen zufrieden. Der Mensch kann alles u., wenn er mal alles von sich geworfen hat, dann fühlt er erst, wie schwer belastet er war, welch unheimlichen Ballast welch unnützen Kram er stets mit sich geschleift hat von dem er doch nur Druck u Elend hatte. Wie ein Soldat der sich nach langem strengen Arrest der Freiheit freut, so wird sich die Menschheit tausendmal mehr freuen wenn alles erledigt ist u die bisherigen Verhältnisse verschwunden sind.

Nie wollen wir in diese trostlosen Zustände zurück werden die Menschen sagen, erst dann werden sie sehen wie erbärmlich sie waren und wie weit, weit sie unter Tier u Pflanze gestanden haben. wie weit, wie weit sie vom Licht entfernt, tief unten im Dreck u Mist gesessen haben. Was sie jetzt für groß u erhaben ansehen kommt ihnen dann so kleinlich,



so traurig vor. Sie schämen sich so einen Unfug, so traurige Sachen geleistet zu haben, dann möchten sie vor dem Tier den Hut abziehn, wenn sie noch einen hätten in so einem Licht erscheinen ihnen dann die Dinge. Dann werden sie sehen, daß auch in Tisch in Stuhl in Kohlenkasten in jedem Ding das Lebewesen vertreten war.

Doch ich verstehe auch noch der Menschen Unwissenheit, weil ich sie ja selbst gelebt habe, u habe Nachsicht mit ihnen. Wenn ich meiner richtigen inneren Ueberzeugung stets Ausdruck geben wollte, müßte ich stets schimpfen u alles verurteilen, doch ich tue es nicht, weil ich doch nicht verstanden werde u es auch nichts nützt. Von selbst müssen die Menschen einsehn, daß sie in Abgrund liegen, u nicht wieder in den Grund kommen wollen, doch ich reiche ihnen die Hand u helfe ziehn, doch nur im Stoff. Was Menschen an mir als Aufregung beobachten, ist nicht aufgeregt sondern es ist nur stark stoffliche Arbeit zu der der Körper, Wille oder Verstand nichts beiträgt u hat mit menschlicher Aufregung nichts zu tun. Es sind auch keine krankhaften Zustände wie Anfälle pp. Sie bedeutet Freude u Wohlbehagen für den Körper, denn für ihn ist es der Beweis, daß der Lichtstoff kräftig arbeitet. Die Schwingungen die er bei so starker Bewegung aussetzt, gehen im Augenblick über den ganzen Erdball u tun dort ihre Wirkung, nicht etwa nur auf einzelne Personen. Nie wird dieser Stoff einen Menschen, der richtig handelt, etwas schaden, denn er arbeitet nicht zum Schlechten, sondern stets zum Guten. Das Schlechte muß jedoch weichen u kann keinen Widerstand leisten. Und ist das Schlechte aufgelöst, dann ist nur noch Gutes da u das ist die Natur von selbst.

Auflösung, alles wird aufgelöst, keine Knechtschaft, kein Herrscher, kein Knecht. Alles eins Herrscher oder Knecht alles dasselbe, nur das Leben, u d. heißt: kann kein Staat, keine Monarchie, keine Republik, keine Stadt, keine Gemeinde nichts bestehn bleiben, alles wird aufgelöst, denn frei muß jeder sein, jeder nur sein eigner Herr. Dazu ist es nötig, daß alles verschwindet u jeder nur sein naktes Leben behält, erst dann sind alle gleich. Und dieses kommt bestimmt. L. der Mensch. Adam.

Und werden alle die mir gutes taten vonselbst von meinem Lebensstoff gutes erhalten, ohne daß ich mit Gedanken oder Willen etwas dazu beitrage. Von selbst weden sie erfahren, was es heißt, mit diesem Menschen zu tun gehabt zu haben. Doch auch von selbst werden die erfahren, die mir übel wollten, wie mein Lebensstoff sich rächt, ohne daß ich körperlich oder mit Gedanke u Willen etwas dazu beitrage. Ich habe Beweise, daß es so ist, u die Strafe, die erfolgte, war hart. Körperlich wußte ich nichts, doch ich wußte, daß es war u schneller, als ich ahnte, hatten die Personen ihre harte Strafe weg. Ich war räumlich weit von ihnen entfernt, doch sie bekamen es, denn für den Stoff gibts kein Raum u keine

Zeit, es geht durch Stein u Eisen in einem Bruchteil der Sekunde über die Erde. Deßhalb kann man mich hinter Schloß u Riegel tief in die Finsternis verbannen, wer es verschuldet, den kriegt der Stoff doch, es ist nicht Gedankenübertragung, nein es ist etwas ganz gewaltig anders. Gedankenübertragung ist ein winziger Dreck, doch Licht ist kein Dreck. Wer kennt mich richtig? Niemand denn nur ich selbst kenne mich richtig, dann kommt der Vater u mein Weib.

Wer will ein richtiges Urteil über mich abgeben? Das kann nur ich selbst. Und dieses Urteil lautet, ich bin körperlich u geistig völlig normal. Doch körperlich habe ich einen verstümmelten Hoden u geistig stehe ich so hoch über den Menschen, daß sie mich für verrückt halten. Doch ich sage, nicht ich, sondern die gesamte Menschheit ist verrückt. Doch wir wollen uns die Hand reichen denn die Menschheit ist auf dem Wege der Umkehr u ich werde täglich, stündlich vollkommener u diese Entwikelung hört nie mehr auf, sie geht ewig fort. Es gibt kein Anfang u kein Ende.

So wird der neue Baum des Lebens, des Stamm ich mit dem Weibe bin wachsen u gedeihn u der alte Adam wird nicht wieder Früchte davon essen. Ich selbst passe auf von selbst, daß auch von den andern keiner an den Baum kommt u Früchte ißt, u wers versucht, der bekommts mit meinem Stoff zu tun. Wer Hunger nach Leben hat, kann zu mir kommen; dann kann er welches kriegen. Kein Ast, kein Zweig, kein Blatt lasse ich mir von dem Baum reißen u wer's versucht, wird üble Erfahrung machen, denn die Sachen sind fest gefügt durch Leben und lassen sich nicht abreißen. Denn zum Lebensbaum gehört die Wurzel, die Erde, in der die Wurzel ruht, der Stamm, die Äste, die Zweige, die Blätter u die Früchte u alles muß zusammen bleiben, denn die Frucht, das Blatt, der Zweig, der Ast der Stamm, die Wurzel, alles gehört zum Baum u muß zusammen bleiben.

Eins kann ohne das andere nicht leben; fehlt eins, dann ist der Körper kaput u das Leben geht raus u der Baum geht ein.

Doch mein Lebensbaum geht nie mehr ein.

Wenn ich Worte der Bibel gebrauche, dann geschieht es nur, um mich mit andern zu verständigen.

Ich brauche keine Bibel mehr, denn ich habe mein Leben und das ist alles was zum Leben nötig ist

Adam.

Die 30 jährige Ehefrau L. ist eine kleine, gesund aussehende Frau, die nach Aussage ihres Mannes keine ernstlichen Krankheiten durchgemacht hat. Sie machte bei ihren häufigen Besuchen einen geistig unbedeutenden, kindlichen Eindruck und wich alleinigen Unterredungen mit den Ärzten sichtlich aus. Den Ausführungen ihres Mannes folgte



sie mit andächtigem Lächeln und bezeugte ihre Zustimmung mit Kopfnicken oder ab und zu mit einem Ja.

Der Ingenieur H. hatte am 4. April 1917 an den Kaiser einen Brief geschrieben mit der Aufforderung zu ihm zu kommen. Dieser Brief gab der Polizeiverwaltung Anlaß zu Zweifel an der geistigen Gesundheit des H. und zu einer Mitteilung an seine Ehefrau, er werde, wenn er nochmals derartige Schritte tue, in Schutzhaft genommen werden.

Daraufhin schrieb L. den oben angeführten, von H. und ihren Frauen mitunterzeichneten Brief an die Polizeiverwaltung, und am folgenden Tage bemerkte H. in einem ergänzenden Schreiben noch: „1) Wenn Ihr dem Vaterland, dem Kaiser und der gesamten gequälten Menschheit einen großen Dienst erweisen wollt, dann sendet schleunigst meinen Brief an den Kaiser mit entsprechender Eingabe zurück, denn noch ist Deutschland zu retten. Ihr könnt aber gleich bemerken, daß nunmehr der Kaiser zu mir kommen muß, wenn er der Wahrheit Gehör schenken will. Damals wäre ich auf meine Kosten zu ihm gefahren. 2) Unsere Briefe besagen zudem doch, daß hier etwas Besonderes ist, das die Welt vordem nicht kannte. Das Beben Eurer Glieder beim Empfang des gestrigen, L. u. s. w. unterzeichneten Briefes auf etwas ungewöhnlicher Papierform sagt Euch dies deutlich. Ja, wenn Ihr Euch richtig erinnert, so habt Ihr bereits gestern Abend gegen 10 Uhr dieses Beben und diese Unruhe deutlich gespürt. Ich stehe Euch in meiner Wohnung zur Verfügung, falls Ihr noch Aufklärung wünscht. Vorladungen vor irgend eine Stelle leiste ich in Zukunft keine Folge, es sei denn, Ihr macht gegen mich ein ordnungsgemäßes gerichtliches Verfahren anhängig. 3) Ist Euch auch das nicht genehm, dann laßt mich in Ruhe und lehnt Einmischung in meine Privatkorrespondenz ab."

Weiter schrieb H. am 9. Juni mehrere Briefe, den ersten: „An den Deutschen Kaiser Wilhelm Hohenzollern! Deine Hofschranzen haben einen an Dich gerichteten, auf Couvert und Briefbogen mit „strengvertraulich" bezeichneten Brief von mir Dir vorenthalten und die hiesige Stadtverwaltung beauftragt, mich nach Tunlichkeit kalt zu stellen. Den nächsten Uebeltätern, nämlich Oberbürgermeister, Beigeordneten und Arzt habe ich ihre gewissenlose Bereitwilligkeit bereits mit Entlassung aus dem Dienste meiner Stadt D. vergolten. Ich will jetzt endlich Friede haben auf meiner Erde, indem ich den in dynastischen und Geld-Interessen angezettelten Krieg beende. Willst Du dabei mitwirken, so hast Du Dich innerhalb drei Tagen nach Empfang des vorliegenden Briefes in meiner Wohnung einzufinden, wo es sich zeigen wird, ob Du noch soviel Würdigkeit in Dir besitzt, um zum Frieden geführt zu werden. Kommst Du nicht — ich könnte Dich dazu zwingen, aber Du sollst frei den Weg der Rettung oder des Untergangs wählen — so verfüge ich über Dich hinweg, denn ich bin der wahre Kaiser der Deutschen, des Deutschen Rei-

ches, das Du auch noch sehen wirst, ob Du willst oder nicht. W. H. . . ., des Deutschen Reichs Verweser."

Ein weiterer Brief an den Oberbürgermeister lautete: „Du Schwein, hast meine Person verunglimpft. Du nimmst Deine Entlassung heute noch oder ich werde Dir zeigen, wer ich bin. Dein elendes Leben lasse ich Dir, trotzdem Du es nicht verdient hast. Die wiedergeborene Wahrheit in der Person des Obigen." Dem Arzt, der Geisteskrankheit bei ihm angenommen hatte, befahl er schriftlich „in Verachtung", seine Ent lassung zu nehmen und die Stadt zu verlassen, und zwar am selben Tage, er dulde in der Stadt solches Ungeziefer nicht mehr.

Das Gleiche verlangte er von dem Beamten der Polizeiverwaltung, der das Schreiben an Frau H. unterzeichnet hatte. Einen Mitbewohner des Mietshauses stellte er schriftlich wegen nörgelhaften Benehmens zur Rede, befahl ihm Entschuldigung innerhalb 24 Stunden und 50 Mark Aufschlag der Miete zu zahlen als Entschädigung dafür, daß der Hausbesitzer und er (H.) ihn noch dulde, bestrafte den Sohn des Mitmieters wegen Zuschlagens einer Türe „mit 8tägiger schmerzhafter Krankheit mit dem genauen Bewußtsein, warum ihm das geschieht" und unterschrieb: „Mensch und Herr der Erde — nur damit Ihr wißt, woran Ihr seid."

Schließlich bedachte er noch das Stadtverordneten-Kollegium seiner Stadt D. mit einem Schreiben, worin er anordnet, daß die Stadtverordneten das Entlassungsgesuch der Beamten, die sich an ihm schwer vergangen hätten, ungesäumt genehmigen müßten und die an dem Tage abzuhaltende Sitzung nur diesen einen Gegenstand zu behandeln hätte. „Pension gibt es für die Mordgesellen nicht. Die Gehälter für diesen laufenden Monat können bezahlt werden. Weiteres nicht. Hat vielleicht das Oberschwein Vorschuß genommen, so ist derselbe innerhalb drei Tagen zurückzuzahlen. Euch sage ich, Euch, wer von nun an nicht streng nach Wahrheit und Gerechtigkeit handelt, den entlasse ich ebenfalls. Wie, werdet Ihr in jedem einzelnen Falle sehen, denn viele Räudige sind unter Euch wie unter der ganzen Menschheit. Die neue Erde vertreten durch W. H. . . ., Vollmensch."

Einige Tage nach diesen gehäuften Schreibereien teilt er der Polizeiverwaltung mit: „Comunis comutatis alexis d. h. die Dummen werden nicht alle. Der für morgen Geladene ist geisteskrank. Siehe Polizeiverwaltung."

Am folgenden Tage, dem 13. Juni, wurde H. der Anstalt als gemeingefährlicher Geisteskranker zugeführt. Er erhob zwar Einspruch gegen seine Unterbringung, fügte sich aber ruhig in alle Anordnungen und zwar mit einem gewissen überlegenen Humor.

Die körperliche Untersuchung ergab folgendes:

Mittelgroßer, mäßig gut genährter und zart gebauter 47 jähriger Mann, von blaßgrauer Gesichtsfarbe. Keine Mißbildungen oder Degene-



rationszeichen. Keine Störungen der Pupillenreaktion. Sprache fließend, beim Sprechen zeitweise etwas Beben der Mundmuskulatur. Keine Symptome für Erkrankung der inneren Organe. Herzaktion bei längerem Sprechen leicht beschleunigt. Keine Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen. Lebhafte Sehnenreflexe. Keine subjektiven Beschwerden.

Psychisch war H. dauernd ganz geordnet und klar, seine Auffassung, Merkfähigkeit und Gedächtnis waren gut. Etwas selbstbewußt in seinem Wesen, zeigte er sich doch stets freundlich gegen seine Umgebung und durchaus nicht anspruchsvoll. Er ging jederzeit bereitwillig auf eine Unterredung ein und sprach sich ganz offen und ausführlich über sein Vorleben, über sein Seelenleben und die Vorgänge, die zu seiner Unterbringung in die Anstalt geführt hatten, aus. Seine Ausdruckweise war gewandt, seine Kenntnisse ließen keine Mängel erkennen, auch war sein Urteil im allgemeinen ganz treffend.

Nach seinen Angaben hat sein noch lebender 81 jähriger Vater in seiner Jugend an epileptischen Krämpfen gelitten, seit seiner Verheiratung nicht mehr. Seine Mutter starb im Alter von 75 Jahren an Altersschwäche. Er hat einen Bruder und eine Schwester, die beide leicht erregbar, sonst aber gesund sind. Er selbst war als Kind schwächlich, still, aber reizbar, so daß er viele Prügeleien hatte, und blieb auch im späteren Leben leicht erregbar. Er lernte gut, bestand die Prüfungen leicht. Als Student trank er einige Zeit ziemlich viel, später lebte er stets solide. Er onanierte in der Jugend, verkehrte einmal während seiner Studienzeit geschlechtlich mit einem Mädchen, heiratete vor zwei Jahren, lebte mit seiner Frau glücklich, hat aber bisher noch keinen sexuellen Verkehr mit ihr gepflogen, weil er mit ihr vor der Heirat ausgemacht hatte, sie wollten in den Kriegszeiten keine Kinder zeugen; widernatürliche Vorbeugungsmittel wollte er nicht anwenden. Wegen eines in der Kindheit erlittenen Beinbruchs mit geringer Verkürzung des linken Beines war er militärfrei. Er hatte stets gute Stellungen, ist seit einigen Jahren Patentanwalt und hat eine viel einbringende, aber anstrengende, öfter bis in die Nacht ausgedehnte Tätigkeit. Dadurch wurde seine Nervosität gesteigert. Doch blieb sein Schlaf immer gut, die Nahrungsaufnahme litt etwas unter seinem schlechten Gebiß. Auf dem rechten Ohr, in dem er seit 20 Jahren zuweilen Sausen verspürt, besteht geringe Schwerhörigkeit.

Schon von Kindheit neigte er seiner Schilderung nach zum Nachdenken und Grübeln über religiöse Dinge und war immer bestrebt, sich zu vervollkommnen. Als Student studierte er theosophische Schriften von Rudolf Steiner und Helene Blavatski [1]), um die Wahrheit zu suchen, da er nicht glauben konnte, daß die Welt nichts anderes in sich trage,

[1]) Russische Spiritistin, Gründerin der Theosophischen Gesellschaft und Verfasserin der „Geheimlehre", gestorben 1891; s. *Lehmann*, Aberglaube und Zauberei.



als das Elend, das man überall sieht. Weder in dem Besuch von Steiner-Logen noch von Freimaurer-Logen in späteren Jahren hatte er Befriedigung gefunden. Auch die Richtung der Mazdaznan-Lehre gefiel ihm nicht, da sie zu viel Gewicht auf das Körperliche (Diät, Klystiere), wodurch der Mensch veredelt werden sollte, legt. Das Gewünschte fand er, als er 1913 mit dem Magnetopathen K., der seine Nichte an einer Mittelohrentzündung mit Erfolg behandelte, bekannt wurde. Sie fanden Interesse aneinander, K. erbrachte untrügliche Beweise von auffallenden Kenntnissen und Fähigkeiten, die man selbst bei studierten Menschen vergebens sucht. Denn er zeichnet und malt unbewußt und spielt ohne musikalische Vorbildung sehr schön Klavier, er heilt Krankheiten ohne Untersuchung und besitzt die innere Sprache des Lebens. Er selbst fing im März 1915 an, nach der K.'schen Methode zu zeichnen, wobei die Hand frei und unabhängig vom Willen arbeitet und zwar für jede Person individuell verschieden. Trotzdem er früher kein Talent zum freien Zeichnen gehabt hatte, kamen beim dritten Versuche schon klare Zeichnungen zum Vorschein. Er selbst konnte zwar anfangs aus den Strichen, Wellenlinien und Schattierungen nichts heraussehen, aber K. machte ihn aufmerksam, und so erkannte er in einigen Zeichnungen Gesichter, Köpfe, Formen wie Krebse, Fische und sonstige Tiergestalten. Bald darauf hörte er auch zum ersten Male die innere Stimme, die ihm sagte: „nimm ein Blatt Papier, wir wollen was schreiben." Da kam ohne sein bewußtes Zutun unter Herzklopfen und mit zitteriger Schrift ein klares, logisches Diktat zustande, welches Angaben über K. und ihn selbst enthielt und darauf hinwies, daß er dazu bestimmt sei, für die Wahrheit zu kämpfen. Auf diese Weise hat er viel gezeichnet und auf Diktat geschrieben. Er zeigt eine ganze Anzahl von Zeichnungen vor, fertigt auch auf Verlangen einige an. Sie bestehen aus bald parallel verlaufenden, bald sich kreuzenden, bald wirr durcheinander gehenden Linien mit unregelmäßig hellen oder dunkel schraffierten Stellen. Mit nicht zu geringer Phantasietätigkeit läßt sich hier und da eine Andeutung von Gesicht-, Kopf- oder Tierform heraussehen. Merkwürdigerweise machten mehrere Zeichnungen von weitem gesehen in der Form den Eindruck einer Gehirnabbildung.

Im August 1916 war H. ohne vorherige Absprache mit K. in einer Sommerfrische der Eifel zusammengetroffen, und dort machte er die Wahrnehmung, daß eines Abends der Mond, die Sterne und die Wolken sich in einer bestimmten, von K. vorhergesagten Weise bewegten und herrliche Wagen mit Menschen in den Wolken fuhren, ähnlich wie auf der Siegessäule in Berlin. Von da ab war auch seine Frau, die das alles mit ansah, von der Richtigkeit seiner Anschauung überzeugt und er selbst zu der felsenfesten Überzeugung gekommen, daß er auf dem richtigen Weg zur Wahrheit war, daß in ihm die innere Stimme wiedergeboren und sie die Wahrheit ist. In derselben Zeit bekam er Kenntnis von der „Sprache des Lebens". Als er einmal mit K. zusammensaß, sagte dieser in einer



eigenartigen Sprache einige Worte zu ihm, und er konnte in solchen Worten antworten. Die Sprache des Lebens wird nicht mit den Ohren gehört, sondern ist im Innern laut, eine Sprachempfindung, als ob das Wort auf die Zunge gelegt wird. Diese Sprache klingt an das Lateinische an, ist nicht erlernbar, die Übersetzung in die gewöhnliche Sprache klingt sofort nach, die Übersetzung eines Satzes der gebräuchlichen Sprachweise in die Sprache des Lebens klingt nicht immer gleich. Auf Aufforderung spricht H. einige Sätze: Kari mistis atensis d. h. du sollst sprechen; Katubis napisti d. h. Fragen Sie nicht so viel. Bei einer späteren Unterredung sagt er für dieselben Sätze: Da capusta nista und Capiarti reda.

In seiner Jugend hatte er angefangen sich aus einer Klavierschule zu unterrichten, den Versuch aber bald aufgegeben. Jetzt aber spielt er seiner Überzeugung nach recht gut, kann besonders gut das Spiel K.s begleiten, und durch dieses herrliche Zusammenspiel sind die Zuhörer schon bis zu Tränen gerührt worden. Seine Frau kann ebenfalls, ohne Unterricht gehabt zu haben, Klavier spielen, hat einmal geradezu prachtvoll gespielt. Klaviere sind auch lebendige Wesen, ihre Töne sind Natur, sie werden, wenn Gelernthabende darauf spielen, verbildet, und so kann z. B. K. auf einem bereits von anderen gespielten Instrument nicht so herrlich spielen wie auf seinem eigenen. H. gibt bereitwillig eine Probe seines Könnens. In selbstgefälliger Weise und mit andächtiger Miene spielt er mit der rechten Hand ohne Melodie mit etwas Rhythmus, einzelne Töne durch stärkeren Anschlag hervorhebend, und schlägt mit der linken Hand dabei wahllos eine Taste an, wodurch natürlich fast stets Dissonanzen ertönen. Die Eröffnung, man könne dieses Spiel nicht schön finden, nimmt er gar nicht übel und meint, die gewöhnlichen Menschen verständen es nicht, übrigens sei er augenblicklich nicht ganz in der richtigen Stimmung, mit K. ginge es besser.

Den Leutnant L. lernte er bei K. kennen, und die drei Familien verkehrten zusammen. Während L. schon ganz von der Sache überzeugt war, vielleicht weil er dem Naturzustand nicht so ferngerückt war, blieb er selbst, wohl infolge seiner höheren Bildung, noch ab und zu schwankend. Er glaubt, teilweise seien seine Zweifel darin begründet, daß er ein zwiefacher Mensch sei, in seiner beruflichen Tätigkeit der alte Verstandesmensch, der sich sklavenhaft mit seiner Arbeit begnügt, im Innenleben dagegen der neue Mensch, der wirkliche Mensch, frei vom Firnis der Kultur. Der Mensch werde nämlich gebildet aus dem göttlichen Geist als der einen Hälfte und dem Körper als der anderen Hälfte; dazwischen stehe als Brücke die Seele, die eine gewisse Beschränkung der Gottheit zur Individualität ausmache. Der Körper sei die weitere und letzte Beschränkung der Individualität. „Kultur ist Unnatur, die Natur wird zur Vervollkommnung helfen, und die neuen Menschen werden vielleicht nie sterben.“ Sein Schwanken in der Überzeugung führt er zum Teil darauf zurück, daß die innere Stimme gelegentlich etwas seinen Begriffen nach direkt Un-



wahres spricht. Andererseits erfüllen sich ihre Antworten in überraschender Weise, wenn er sie z. B. befragt, ob die Tür abgeschlossen ist, ob es Regen geben wird; und er trifft seine Frau bei getrenntem Ausgehen ohne vorherige Abmachung unter Leitung der inneren Stimme in einem Geschäft und auf der Straße.

Das Schreiben der auffälligen Briefe geschah, wie er ausführt, auf Drang von seiten der inneren Stimme, die ihm u. a. gesagt habe: „Höflichkeit ist Heuchelei." Als er am 4. April d. J. abends nach Hause kam, befahl ihm die Stimme, an den Kaiser zu schreiben. Er nahm Tinte und Feder und schrieb ohne eigene geistige Tätigkeit und ohne Korrektur nieder, was die innere Stimme diktierte. Er ließ sich allein vom Geiste leiten, früher hatte er zu viel mit dem Körper gearbeitet. Sämtliche weitere Briefe schrieb er nach dem Diktat der inneren Stimme. Wenn er das Wort „Schwein" niederschreiben mußte, so war der so Angeredete wohl auch ein solches. Er hat mit dem Wort den Angeredeten, den er persönlich nicht kennt, nicht beleidigen wollen, wenn das Wort auch beleidigend ist; es ist ihm eben so diktiert worden, und er arbeite beim Schreiben nur als halber Mensch. Während H. diese Ausführungen macht, sagt ihm die innere Stimme: „Für die Zukunft brauchst du keine weiteren Briefe zu schreiben, wohl werde ich dir Erläuterungen diktieren, die den Inhalt meiner Briefe in jeder Beziehung rechtfertigen werden. Daß dies stimmt, wird auch der Herr Arzt erfahren. Er wird staunen und sich freuen, denn er gehört nicht zu denjenigen, die auf ihren wissenschaftlichen Sumpf pochen."

Über seine Unterbringung in die Anstalt war H. im Grunde genommen gar nicht aufgebracht. Im Gegenteil, er faßte sie als etwas Gutes auf: es habe so kommen müssen, er sei überarbeitet gewesen, habe in der Anstalt die nötige Ruhe und Erholung gefunden, auch habe er dadurch erfahren, daß es nicht gut sei, wenn man den Geist allein arbeiten ließe und Überlegung und Verstand ausschaltete. Auch wisse er mit Bestimmtheit, daß er niemals solche Briefe schreiben werde.

Als er nach vierwöchigem Aufenthalt mit Zustimmung der Polizeibehörde die Anstalt verließ, dankte er aufs freundlichste für alle Bemühungen.

Frau H. ist eine 29 jährige, zierlich gebaute Frau von lebhaftem, leicht erregbarem Wesen, die einen intelligenten Eindruck macht. Sie stammt angeblich aus gesunder Familie und hat keine ernstlichen Krankheiten durchgemacht. Seit zwei Jahren verheiratet, war sie zuerst gegen die Ideen ihres Mannes. Aber seit dem Zusammensein mit K. in der Sommerfrische 1916 überzeugte sie sich von deren Richtigkeit. K. ist kein gewöhnlicher Mensch, er hat bereits eine höhere Stellung erreicht, denn er heilt Leute, ohne sie gesehen zu haben, er spielt ohne jede musikalische Vorbildung Klavier, Harmonium und Zither, er malt prachtvolle Land-



schaften, wie man sie in keiner Galerie schöner sieht. Eines Abends in der Sommerfrische sprach er einige seiner Worte, der Mond drehte sich, die Sterne bewegten sich, „es war herrlich". Wenn er seine Hand oder seinen Stock nach Ausstrecken wieder zurückzog, sah man noch etwa eine Sekunde lang Hand bzw. Stock in der Luft schweben. Sie ist wie die anderen Anhänger K.s der Überzeugung, daß sie nicht sterben und nicht erkranken wird, sie würde aber auch niemals einen Arzt rufen lassen. Wenn sie Kinder bekommen sollte, werden auch diese wohl ewig leben. Wie das aber mit dem Ewigleben werden wird, weiß sie nicht, so weit sei sie noch nicht in die Sache eingedrungen, die Ausdrücke der inneren Sprache kennt sie auch noch nicht. Ihr Mann spielt ohne Unterricht Klavier, sie auch schon etwas, dadurch haben sie glückliche Stunden, den anderen Menschen gefiele diese Musik allerdings nicht. Sie glaubt, daß ihr Mann jetzt keine beleidigenden Briefe mehr schreiben oder, wenn er zum Schreiben von Innen getrieben wird, sie nicht abschicken wird; denn mit den Briefen hat er eine höhere Stufe in dem Bestreben, das Äußere abzuwerfen und das Innere zu vervollkommnen, erreicht und hat bewiesen, daß er vor nichts zurückschreckt.

Der Magnetopath K. war Ende Februar 1909 einige Tage in der hiesigen Anstalt, nachdem er bereits Ende Dezember 1908 und vor dem hiesigen Aufenthalt einige Tage in einer anderen Anstalt untergebracht gewesen war. Soviel bekannt, war er nicht erblich belastet, ein sehr solider und für seine Familie besorgter Mann, der gut begabt, früher Dekorationsmaler gewesen und damals seit drei Jahren Magnetopath war. Seine Unterbringung in die Anstalten erfolgte wegen einer Erregung, die er sich nach Ansicht seiner Angehörigen durch die geistige Überanstrengung bei der Krankenbehandlung zugezogen hatte. Er war äußerst selbstbewußt, zeigte einen großen Rededrang mit geschraubten Wendungen bis zur Ideenflucht, entwarf phantastische Zeichnungen von Luftschiffen, einen „astrologischen Plan", den nur der Kaiser verstehen könne, glaubte mit dem Kaiser in Kontakt zu stehen und die politische Zukunft Europas zu kennen. Er schickte Telegramme an den Kaiser und reiste nach Berlin. Nachher beklagte er sich, daß er nicht vorgelassen wurde, und sprach immer wieder von Reisen zum Kaiser, weshalb ihn seine Frau in die Anstalt brachte. An seinen Ideen hielt er fest, begegnete Einwänden mit überlegenem Lächeln, beruhigte sich aber bald und wurde deshalb von den Angehörigen wieder nach Hause geholt.

Über sein späteres Leben ist in Erfahrung gebracht worden, daß er einen starken Zulauf an Kranken hat.

Seine hier beobachteten Anhänger gaben an, er habe ihnen erzählt, daß er damals dem Kaiser in Berlin Mitteilungen über spätere Ereignisse habe machen wollen, aber nur von einem Hofbeamten empfangen worden sei, daß ihm später eine Depesche von Berlin geschickt worden sei mit



der Aufforderung, zum Kaiser zu kommen, daß aber seine Frau, die damals an seine Sache noch nicht geglaubt hätte, die Depesche aus Furcht, man könne ihn in Berlin festhalten, verbrannt hätte, ohne ihm etwas davon zu sagen. Er habe damals schon gewußt, daß am 1. August 1914 Mobilmachung sein werde.

Als K. im Sommer d. J. von der Polizeibehörde vorgeladen wurde, um sich über die Ausübung der Heilpraxis auszuweisen, erschien er nicht, sondern schickte ein für seine abnorme Geistesverfassung bezeichnendes Schreiben ein, das im folgenden (ohne die zahlreichen orthographischen Fehler) wiedergegeben wird.

„Ich bin nicht Heiler und bewege die Krankheiten nicht, wohl gebe ich Stoff meiner Menschlichkeit ab, und wie dieser, kömmt der Mensch in die Bewegung seiner Selbstkraft und diese hebt das Übel auf, ohne Mittel und Verordnung. Eine Klarstellung meiner Person ist nicht möglich, d. heißt den Menschen verständlich und begreiflich zu machen, nur das Eine beweise ich, das durch das, was ich bin, die Menschen gestärkt und gekräftigt werden und ist besonders bei der jetzigen Zeit, eine Wohltat für alle, die schwach und elend sind durch die Verhältnisse, Krieg. Damit bekunde ich die Wohltat an Menschen und wird auch durch diese bekundet.

Doch wenn das Gesetz gegen dieses ist, kann ich nicht dafür und frage hiermit an, ob ich meine Menschlichkeit leben darf oder nicht.

Zu diesem muß ich noch bemerken, daß, das was ich bewege, mein Leben ist und durch Verbot eine Tötung an mich gestellt wird. Und dieses ist einfach klar und so zu fassen, wie es die Wahrheit Wirklichkeit enthält, das heißt wie die Sonne ihr Licht, so ich mein Selbst von Selbst, das heißt ohne Lesen und denken Gedanken aller.

Und ist das geborene Sein und hat nicht Schulung. Wie der Kartoffel Kartoffel ist, so bin ich Mensch der Mensch, das heißt Mein Selbst Mensch ohne Jemand und ohne Etwas.

Und lebe für mich mein Sein Meins, das heißt ich habe keine Schwäche aus der Menschlichkeit entstanden an und in mir. Und das ist Ordnung und diese heißt Recht das geht ohne Falschheit. Und heißt der Kern Mensch.

Und ist das Selbst von Selbst alles Selbst.

Dieses ist durch Wissenschaft nicht zu ergründen und zu begründen.

Weil Wissenschaft kein Selbst Produkt ist.

Es ist der Gedanken das Denken das heißt die Vergessenheit des Seins. Mensch sein Mensch zu sein. Und heißt die Kultur und ist nicht die Natur.

Natur heißt von Selbst das Selbst ohne Etwas.

und das bin ich mein Ich mein Selbst Ich und habe Menschen nicht nötig und gebrauche sie auch nicht für Mein Werk das heißt Mensch zu sein mein Mensch. Dieses ist mein Eigentum und mein Recht zu suchen,



weil es mein und nicht vom Andern ist, folglich hat der Andere auch kein Recht an mich, das heißt ich habe nichts von Menschen und ist mir gleich, was die Menschheit macht und nehme nicht Anspruch auf Ordnung, die die Menschheit stellt, in Gesetz und Vorschrift. Weil ich selbst mein Mensch nur sein kann, alles andere ist unmöglich. So wenig möglich, als daß ein Kamel durch ein Nagelloch geht.

Und bitte mich nicht unter die zu stellen, die sich Heiler nennen. mit solchem Unfug habe ich nichts zu tun das heißt für mich ist es so; was es für Andere ist, kann und ist mir gleich. Ob hier Recht oder Unrecht besteht, für mich besteht solches Verfahren nicht als Erst die Wahrheit.

Ich sage für mich und das ist nicht für andere, das heißt mein Selbst mein Leben.

Doch wenn ich das nicht sein darf, dann mag die Behörde ihre Forderung an mich stellen.

Ich werde Antwort geben.

Was und wie die Sache ist.

Damit ist es klar, daß ich in Form eines Tagebuches kein Eintrag machen kann, weil das was darin enthalten ist als Vorschriftgesetz mich nicht betrifft und bitte mich von dieser Liste zu streichen weil ich Mensch nicht Heiler bin.

Was es heißt Mensch sein, Mensch zu sein und was es ist, kann ich zu jeder Zeit bekunden durch meine Gegenwart das heißt Mein Selbst.

Ergebenst

Fr. K.

Der Mittelpunkt dieser kleinen psychischen Epidemie war K., der, mit dem Nimbus des Magnetopathen umgeben, wie so mancher aus eigener Machtvollkommenheit ohne Zeit und Geld beanspruchendes Studium zum Heilkünstler geworden, auf seine Umgebung durch die Kraft der Persönlichkeit einwirkte. Er selbst ist von seiner Gabe, Krankheiten und Gebrechen ohne Untersuchung nur durch Übertragung des Stoffes seiner „Menschlichkeit" zu heilen und künftige Ereignisse vorher zu wissen, also von seiner Gottähnlichkeit, überzeugt. Denn er ist, woran kein Zweifel besteht, ein Geisteskranker, und zwar schon seit mindestens neun Jahren. Bei seinem damaligen Aufenthalt in der hiesigen Anstalt hatte er bereits ähnliche Wahnvorstellungen, wie er sie, nach den Aussagen seiner Anhänger und nach dem Inhalt des vorerwähnten Schreibens zu urteilen, jetzt hat. Im Laufe der Zeit scheint er sich das Wahnsystem ausgearbeitet zu haben, das sich in den Ausführungen der anderen wiederspiegelt. Er verstand es, seine Frau, die sich im Beginn seiner Krankheit ablehnend verhielt,



zu seinen Ansichten zu bekehren, seine beiden Töchter und sein Schwiegersohn schlossen sich an, dann folgten in der letzten Zeit die beiden von mir beobachteten Ehepaare und ein älteres Fräulein, und so besteht seine Gemeinde zurzeit aus zehn Personen.

Wie sehr K. seine Anhänger im Banne der Suggestion hatte, ersieht man deutlich aus den gemeinsamen Visionen, die als Bewegungen der Gestirne, in den Wolken fahrende Wagen u. dgl. nach seiner vorherigen Ankündigung von seinen Begleitern in der Sommerfrische mit Entzücken wahrgenommen wurden. Sie alle halten ihn für ein über ihnen stehendes Wesen, glauben blindlings, was er sagt, und erwarten sehnsüchtig, ihm in der Vollkommenheit näherzukommen und ihn womöglich zu erreichen. In seinen großartigen Heilerfolgen — er hat sogar ein verkürztes Bein wieder normal lang gemacht — und in seiner wunderbaren Mal- und Musikbegabung erblicken sie untrügliche Beweise für seine übermenschlichen Eigenschaften.

Wenn geistig beschränkte Menschen etwas Dummes oder Widersinniges glauben, so ist das keine Geisteskrankheit. Aber man kann L. und zumal H. nicht als beschränkt ansehen, und doch haben sie die Ideen K.s und schließlich sein ganzes Wahnsystem angenommen. Auffallend ist, daß die drei Frauen sich erst später überzeugen ließen, während doch im allgemeinen das weibliche Sensorium der Suggestion zugängiger ist als das des Mannes. Bei allen ist es nicht nur etwa ein reines Nachglauben, vielmehr ein völliges Übernehmen des Empfindens und des Vorstellungskreises in die eigene Psyche unter gänzlichem Zurückdrängen des eigenen Urteils. Ich stehe deshalb nicht an, außer K. die beiden Ehepaare für geisteskrank zu erklären. (Über die von mir nicht persönlich beobachteten Personen möchte ich mir kein Urteil erlauben.) Es handelt sich um einen ausgesprochenen Fall von induziertem Irresein (folie communiquée der Franzosen), das der Forderung *Schönfelds* genügt, der dazu nur „diejenigen Geisteskrankheiten im klinischen und legalen Sinne rechnet, welche, von einem irren Individuum durch Implantation der Wahnideen in seiner bis dahin psychisch nicht kranken Umgebung nach langsamer Alteration derselben hervorgerufen, im wesentlichen identischen Inhalt des Wahns während des ganzen Verlaufes darbieten“.

Man hat als eine Bedingung für die Überpflanzung von Wahnvorstellungen ein inniges Zusammenleben mit dem primär Erkrankten



bei wenig Verkehr mit der Außenwelt gehalten. Bei dem Verfolgungs- und Querulantenwahn hat diese Bedingung eine größere Bedeutung als bei den überspannten religiösen Ideen. Sektenbildungen beschränken sich nicht auf Hausgemeinschaften und auf abgelegene Gegenden, sie finden auch in der Großstadtbevölkerung Teilnehmer. In unserem Falle kommt ein inniges Zusammenleben höchstens bei den einzelnen Eheleuten in Betracht. H. und L. trafen mit K. nur zeitweise und vorübergehend zusammen, und doch wirkte schon dieser Verkehr zur Genüge ansteckend. Hierfür muß man als Erklärung die vorhandene Disposition heranziehen. Beide waren erblich belastet, L.s Vater war Trinker, der Vater H.s hatte Krampfanfälle, und seine Geschwister und er selbst sind leicht erregbar; beide hatten stets einen Hang zum Grübeln über religiöse Dinge, und bei dem Bekanntwerden mit K. wurden ganz verwandte und leicht mitschwingende Saiten angeschlagen. So kam es zu den Wahnideen von dem „Selbst von Selbst", von dem Lebens- und Lichtstoff, von der Vervollkommnung zu wahren, echten, richtigen Menschen mit dem Verachten der ganzen Kultur und jeder Religion.

Die Schilderung, die L. von seinem Vorleben macht, enthält deutlich zutage tretende Erinnerungsfälschungen. Seine Erzählung von dem Gefühl bei den Krankheiten in den Kinderjahren, als ob ein Ausstrahlen aus seinem Körper in das Weltall und umgekehrt stattfände, entspringt sicher seinem jetzigen Wunsche, zu beweisen, daß er von jeher mit dem Außerirdischen in Verbindung gestanden habe. Das Bewahrtbleiben vor schweren Verletzungen in gefahrvollen Lagen auf den Schlachtfeldern hat er gewiß nicht schon bei Kriegsausbruch als Beweis für sein Nichtsterbenkönnen vorhergesagt, und ebensowenig wird er seinen ganzen Lebenslauf mit der Lücke für die Kriegszeit vorhergesehen haben.

Auf die Wahnideen und die Äußerungen der Selbstüberhebung des einzelnen weiter einzugehen, erübrigt sich angesichts der ausführlich wiedergegebenen Schriftstücke. Nur an einige Punkte möchte ich Bemerkungen anknüpfen.

H. schrieb, wie er sagt, die Briefe, die an beleidigender Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig ließen, auf Befehl einer inneren Stimme. Bei L. ist es die Urkraft, die ihn zum Schreiben der mit der Rache der Natur drohenden Briefe aufforderte. Beide wollen nicht begreifen,



wie sie durch das Befolgen dieser Befehle sich straffällig gemacht hätten. Die objektive Beleidigung geben sie im ganzen zu, im einzelnen zum Teil etwas unklar, so wenn sie das Wort Schwein als einen beleidigenden Ausdruck anerkennen, aber dann weiter ausführen, eigentlich sei die Bezeichnung nicht beleidigend, da das Schwein ein vollkommenes Tier sei und die Tiere überhaupt vollkommener als der Mensch seien. Beide lehnen die Verantwortung für den Inhalt des gewissermaßen nur mit dem Geist, nicht mit dem Verstand Geschriebenen ab. Das Schreiben ist nun keineswegs als ein automatisches, aus dem Unterbewußtsein erzeugtes zu betrachten, vergleichbar dem in einem Dämmerzustand oder in dem Trancezustand eines spiritistischen Mediums; das Oberbewußtsein ist nicht ausgeschaltet gewesen. Übrigens haben die Schriftzüge keine katatone oder hysterische Eigenart, und die Briefe sind formell gut geschrieben. Das vermeintlich von der inneren Stimme ausgehende Diktieren ist nichts anderes als das Hervortreten und Sichaufdrängen affektbetonter Vorstellungen, das unter Hemmung der ruhigen Überlegung zum Niederschreiben der zornigen Ergüsse trieb. Einmal glaubte H. während einer Unterhaltung mit dem Arzte die innere Stimme sagen zu hören, er brauche für die Zukunft keine Briefe mehr zu schreiben u. s. w. Dieses Wahrnehmen der inneren Stimme ist kein richtiges Gedankenlautwerden und entspricht mehr den Sinnestäuschungen, die man als psychische Halluzinationen bezeichnet, wobei, wie *Bleuler* sich ausdrückt, die Kranken nicht sagen können, ob es Stimmen oder „eingegebene" Gedanken sind, was sie wahrnehmen. So bezeichnete Pastor Fr. die Sprache des hl. Geistes in ihm als „Wellenbewegungen der Empfindungen der göttlichen Seele" und die hl. Therese (zitiert von *Schulze* a. a. O.) sagt: „Die inneren Reden Gottes an die Seele bestehen aus vollkommen klaren und deutlichen Worten, werden aber nicht mit den körperlichen Ohren gehört, obgleich die Seele sie ebenso deutlich wahrnimmt, als wenn sie dieselben hört."

Mit der inneren Stimme hängt auch „die Sprache des Lebens" zusammen, zu der bis jetzt nur K. und H. vorgedrungen sind. Sie ist nicht völlig identisch mit dem Zungenreden. *Mohr* (a. a. O.) schließt aus den bei der modernen Massenepidemie des Zungenredens beobachteten Begleiterscheinungen (nervöse Affektzustände, eigentümliche Stellungen des Körpers, motorische Entladungen, wie Schütteln



und Zucken, ferner Globus, unwillkürliche Bewegungen des Unterkiefers, der Lippen und der Zunge vor dem eigentlichen Reden), daß, wenn man das Zungenreden in eine bestimmte Rubrik von Sprachstörungen unterbringen will, man es als hysterische Sprachstörung bezeichnen müßte. Von Hysterie ist jedoch bei unseren beiden Patienten keine Rede und die genannten Begleiterscheinungen fehlen. Aber wenn der zungenredende Steglitzer Pastor seinen Zustand beschreibt: „es war mir, als wenn in meiner Lunge ein Organ sich bildete, welches die in die Mundstellung passenden Laute hervorbrachte", so ergibt sich darin eine Ähnlichkeit mit der „Sprache des Lebens", bei der im Inneren eine Sprachempfindung auftritt, als ob das Wort auf die Zunge gelegt wird. Auch gewinnen wir dabei den von *Mohr* beim Zungenreden hervorgehobenen Eindruck des Willkürlichen, absichtlich Gekünstelten, der gegen eine unterbewußte Entstehung spricht. Fremdklingende, an das Orientalische anklingende Wortbildungen finden wir hier wie dort. H. scheint vom Zungenreden keine Kenntnis zu haben, er glaubt in den Worten eine Verwandtschaft mit dem Lateinischen zu erkennen. Indessen spielen bei ihm jedenfalls, wenngleich unbewußt, die Erinnerungen an *Steiner* und Mazdaznan mit. Man vergleiche nur seine Sätze mit den zum Teil als Sanskritworte zu erkennenden Benennungen der sieben Teile, in die sich nach *Steiner* [1]) der irdische Mensch gliedert: 1. der psychische Körper (Sthula sharira), 2. der Äther- oder Lebensleib (Linga sharira), 3. der empfindende Seelenleib (Astralkörper, Kama rupa), 4. die Verstandesseele (niederer Manas, Kama manas), 5. die geisterfüllte Bewußtseinsseele (höherer Manas), 6. der Lebensgeist (spiritueller Körper, Budhi) und 7. der Geistesmensch (Atma).

Schon die Seherin von Prevorst hatte nach *Kerner* ihre besondere Sprache, nach ihrer Meinung die besondere Sprache der Geister, und „Sprachkenner fanden in dieser Sprache hie und da den koptischen, arabischen und hebräischen Worten ähnliche Worte". Ihre Sprache unterschied sich von der H.schen „Sprache des Lebens" durch den konsequenten Gebrauch des gleichen Wortes für das gleiche der gewöhnlichen Sprache.

---

[1]) *Steiner*, Theosophie, Einführung in übersinnliche Welterkenntnis und Menschenbestimmung. 1910.



Die merkwürdigen Zeichnungen H.s forderten beim Anblick sofort den Vergleich mit den Produkten der Katatoniker heraus oder auch mit Kritzeleien, die manche Menschen, wenn sie Papier und Bleistift vor sich haben, halb unbewußt in Zerstreutheit oder Langeweile, z. B. bei wenig fesselnden Verhandlungen oder Vorträgen anfertigen. Bei einer Probe machte H. einen ovalen Umriß und fuhr dann innerhalb dieser Umrahmung mit dem Bleistift wahllos hin und her, während er sich unterhielt und kaum hinschaute. Daß er aber seine Aufmerksamkeit nicht völlig ablenkte, zeigte sich daran, daß er an keiner Stelle mit dem Bleistift über den Umriß hinausfuhr. Das Erkennen von Figuren oder Köpfen in dem Strichgewirr beruhte auf phantasievoller Autosuggestion, zu der ihn K. bei den ersten Versuchen zum Zeichnen angeregt hatte. Von den Gemälden K.s habe ich nichts gesehen, sie werden dem normalen Menschen wohl ebenso unverständlich sein wie seine früheren „astrologischen Pläne". Als gewesener Dekorationsmaler wird er mit Farben umgehen können, für seine Anhänger sind seine Landschaften prachtvoller als die Bilder in einer Gemäldegalerie.

Nicht nur in der bildenden Kunst, auch in der Tonkunst gehen die echten Menschen ihren besonderen Weg. An der gewöhnlichen Musik finden sie keinen Geschmack, aber sie spielen ohne Vorbildung Klavier. Es ist für sie ein Überströmen ihres Lebensstoffes in das Klavier, das ein lebendes Wesen ist, und dessen Naturkraft sich beim Niederdrücken der Tasten äußert; wenn jedoch Kulturmenschen auf ihm spielen, wird es ebenso, wie der Naturmensch es durch die Kultur wird, in seiner schönen Naturkraft verbildet. Die Probe, die H. von seiner Kunst am Klavier gibt, ist nichts anderes als ein Losschlagen auf die Tasten, wie es kleine Kinder zum eigenen Ergötzen, gewöhnlich aber bald von den Zuhörern unterbrochen, auszuführen lieben. Mit musikalischer Improvisation oder mit Wiedergabe gehörter Tonstücke, zu welcher nicht selten Personen mit gutem musikalischem Gehör und Gedächtnis auch ohne nennenswerte Vorbildung fähig sind, hat diese „Musik" nichts zu tun. Und doch empfinden die Anhänger K.s darin einen Wohlklang und werden bis zu Tränen von seinem Spiel gerührt. H. vermeint schöner zu spielen, wenn er mit K. vierhändig spielt. So stark ist die suggestiv wirkende Kraft der Persönlichkeit des Magnetopathen. —



Das sexuelle Moment spielt bei unseren wahren Menschen keine hervorragende Rolle. Denn die Äußerung L.s, er hätte, wenn es ihm eingegeben worden wäre, am Weihnachtstage öffentlich mit seiner Frau den Beischlaf ausgeführt, entspringt keiner gesteigerten Erotik, sondern soll nur beweisen, daß sie beide es für richtig halten, alles Natürliche ohne Scheu und Scham zu tun. Wir finden eher ein Zurückdrängen sexueller Betätigung. Die beiden Ehepaare L. und H. sind offenbar kühle Naturen und schränken den Geschlechtsverkehr willkürlich ein. Auf Grund der Vorstellung des Nichtsterbens halten sie augenscheinlich einen Geschlechtsverkehr für das Bestehenbleiben der Menschheit nicht für erforderlich; aber sie sind doch noch nicht zu dem Gedanken gekommen, sich wie die Skopzen, die bis jetzt noch in Rußland, wenn auch heimlich, bestehende Sekte der Selbstbeschneider beiderlei Geschlechts, unfruchtbar zu machen. Die Gleichgültigkeit gegenüber dem Sexuellen ist bei den sektiererischen Gemeinschaften und den Naturmenschen sonst nicht gerade das Gewöhnliche. Die Ansiedler von Ascona leben in wilder Ehe, auch in den freien Gemeinden lieben sich die männlichen und weiblichen Mitglieder vielfach durcheinander, bei den Duchoborzen, denen die ehelichen Beziehungen Gemeinheit und Hurerei sind, dürfen und sollen die in Liebe verbundenen Brüder und Schwestern den Beischlaf ausüben und werden durch diese „christliche Liebe“, die ein symbolischer obligatorischer Ritus ist, zur neuen Wahrheit gebracht *(Bechterew)*. Daß auch die epidemischen religiösen Verirrungen des Mittelalters mit sexuellen Ausschweifungen verknüpft waren, beweist die Begleitung der Kinderkreuzzüge durch zahlreiche „fahrende Schwestern“ und die Angabe in der Limburger Chronik, daß bei dem St. Johannistanz Ende des 14. Jahrhunderts unter den über 500 Tänzern in Köln mehr denn 100 Frauen und Dienstmädchen waren, die „bei der Tanzerei unehelich Kinder tragend wurden“.

Immerhin liegt aber doch in dem Küssenlassen der „Mutter Eva“ und in dem Nacktgehen des Ehepaares L. am Weihnachtstage etwas Erotisches, eine Art von totalem Exhibitionismus, gewissermaßen ein Ersatz für den eigentlichen Geschlechtsverkehr. Etwas ähnliches sahen wir bei dem Wuppertaler Pastor, der den Beischlaf als Fleischeslust verabscheute, während er die Mädchen seiner Gemeinde abküßte und sich dem „Sonnenweib“ in der Badewanne zeigte. Bei der nieder-



lausitzer Sekte gingen Männer und Frauen bei dem Teufelaustreiben nackt herum. Bei dem Proselytenmachen für die sogenannte Rückkehr zur altbiblischen Religion oder Rückkehr zur Natur wirkt sicherlich oft genug, wenn auch nicht eingestandenermaßen, die Sinnlichkeit als ein mithelfender Reiz. Vor dem vermeintlichen Gebot Gottes oder vor dem Gebote der Natur darf die Scham nicht aufkommen, so lautet die willkommene Entschuldigung.

Nach der Eigenschilderung zu schließen befand sich das Ehepaar L. bei dem paradiesischen Spaziergang in einem Zustand von fanatischer Begeisterung, entstanden auf dem wahnhaften Boden der Vorstellung von dem echten Menschentum und durch die beiderseitige Übereinstimmung gesteigert bis zum Verluste des Gefühls für das Unpassende, Lächerliche und Sträfliche des Tuns.

Wenn *Schulze* den Zustand seiner Sektierer bei der Teufelsaustreibung als Ekstase bezeichnet, so möchte ich ihm darin nicht folgen und möchte auch nicht für das Verhalten des Ehepaares L. eine Ekstase annehmen. Ich halte es für richtiger, den Begriff der Ekstase auf Zustände zu beschränken, in denen das Bewußtsein von einem eingeengten Vorstellungskreis phantastischen, religiösen, vielfach wollüstigen Inhalts derart beherrscht wird, daß die Sinneseindrücke aus der Umwelt nicht mehr wahrgenommen werden, eine Entrückung aus der Weltlichkeit mit körperlicher Bewegungs- und Empfindungslosigkeit besteht.

Ähnliches bot allerdings L. einige Male während der Beobachtungszeit, nämlich kurz dauernde Zustände, in denen er der Umgebung entrückt mit gestrafften Armen vor sich hinstarrte, auf Anrede nicht hörte und eigenartige Sensationen zu haben schien. Denn er berichtete später über das äußerst schöne Gefühl, das er während des Zustandes verspürt habe. Diese Zustände kann man als solche der Ekstase ansprechen, wie sie von den Religiös-Verzückten als „wonniges Delirium“ und als „vollständiges Absterben für alle weltlichen Dinge und ein Entzücken in Gott“ (hl. Therese) geschildert werden, nur daß man im Sinne L.s statt Gott den Begriff Lebenskraft oder Lichtstoff setzen müßte.

Dagegen war bei ihm während des stundendauernden Vorfalls am Weihnachtstage sein Denken zwar eingestellt auf die Idee, mit seiner Ehefrau als zweite Auflage von Adam und Eva zum Wohle

der Menschheit aufzutreten, aber sein Sensorium war nicht getrübt, alle Eindrücke wurden wahrgenommen, und das Gedächtnis an die Vorkommnisse war, abgesehen von einzelnen kleinen Erinnerungsfälschungen, ganz gut erhalten. Es handelte sich um einen mit gesteigerter Affektbetonung der wahnhaften Vorstellungen und anscheinend auch mit Sinnestäuschungen einhergehenden Erregungszustand, nicht um eine Ekstase.

Auf Weihnachten datiert L. das Geborenwerden des Lebensstoffes Licht in seinem Inneren, und damals fühlte er zuerst die Kraft, durch Stoffbewegung die Menschen von sich abzuwehren, eine Ideenverbindung mit der Heilwirkung der K.schen Stoffüberströmung.

Bei Leutnant L. waren auch die Fragen nach Dienstbrauchbarkeit und Kriegsbeschädigung zu erwägen. Die erste Frage mußte verneinend beantwortet werden. Trotz des gewöhnlich korrekten äußeren Verhaltens besteht die Gefahr, daß er unter dem Einflusse von Gemütserregungen sich zur disziplinwidrigen oder sonstigen bedenklichen Handlungen hinreißen läßt. Schon eine nochmalige ähnliche Äußerung wie die in seinem Briefe, er kündige dem Kaiser die Freundschaft und werde sein Leben nicht mehr aufs Spiel setzen, würde ihn als Soldat unmöglich machen und einem Strafverfahren aussetzen, in dessen Verlauf er auf Grund des § 51 StGB. freigesprochen und demzufolge aus dem Heeresdienste entlassen werden müßte.

Kriegsdienstbeschädigung war anzunehmen. Obschon abnorm veranlagt war er stets ein tüchtiger Berufssoldat, errang sich im Kriegsdienst durch seine tapferen Leistungen Anerkennung und rasche Beförderung und hat anscheinend auch nirgendwo angestoßen. Erst nach seiner Verletzung und während des Lazarettaufenthaltes traten die Auffälligkeiten hervor und zwar unter dem Einflusse des Magnetopathen K., zu dem ihn ein Kamerad geführt hatte, und dessen Wahnvorstellungen er annahm und in sich zu einem ganzen System ausbildete. Ohne die Kriegserlebnisse, ohne die Beschädigung im Felde und den dadurch bedingten Lazarettaufenthalt würde er aller Wahrscheinlichkeit nach nicht geisteskrank geworden sein. Seine Zukunft wird voraussichtlich eine trübe sein, er wird, was er selbst einsieht, mit seinen absonderlichen Weltanschauungen schwerlich eine Stelle finden und auf die Dauer behalten, um so mehr, als zu befürchten ist, daß er sich mit der Zeit noch mehr in sein Wahnsystem hineingrübelt



und später sein äußeres Verhalten nicht mehr der Ordnung und Sitte anzupassen vermag. Der Auftritt zu Weihnachten gibt zu Bedenken Anlaß. Auch ist der Einfluß der anderen wahren Menschen nicht fernzuhalten. Obgleich jetzt entfernt wohnend, hat er sich im Herbst wieder mit der Gruppe in dem Eifelorte für ein paar Wochen zusammengefunden und wird dort vermutlich eine weitere Befruchtung seines Inneren durch den vollkommensten Menschen, den Urmenschen K., verspürt haben.

Seine Ehefrau mit ihrer geringeren Intelligenz wird ihm in allen seinen Gedankengängen folgen.

Bei dem Ingenieur H. liegt die Sache vielleicht nicht ganz so ungünstig. Bei dem Zwiespalt in seinem Inneren hat der Verstandesmensch noch das Übergewicht über den neuen einfachen Naturmenschen. Die Anstoß erregenden Briefe hat er in vorübergehenden Affektstimmungen geschrieben; einen Teil der in ihnen vorgebrachten Überschätzungsideen, wie „Verweser des Deutschen Reiches" u. dgl., soweit sie sich nicht auf das echte Menschtum beziehen, hält er sonst nicht aufrecht und schiebt sie ebenso wie die Beleidigungen auf das zu einseitige Arbeiten des Geistes, für das er nicht verantwortlich zu sein glaubt. Die Unterbringung in die Anstalt hat, wie er selbst zugibt, ihr Gutes gehabt und ihn zur Erkenntnis gebracht, daß es nicht angebracht ist, wenn man Verstand und Überlegung zur Seite drängt. Diese Einsicht und die Zweifel, die manchmal bei ihm bezüglich der Richtigkeit der Eingebungen auftauchen, lassen immerhin hoffen, daß sein „Verstandesmensch" ihn zur weiteren Ausübung seines Berufes befähigt und die Betätigung seiner anderen Hälfte, des neuen Menschen, der „frei vom Firnis der Kultur" sich entfalten möchte, unterdrückt.

In richtiger Erkenntnis, daß pathologische Motive den auffälligen Handlungen zugrunde lagen, haben die Behörden von einer Anzeige gegen L. wegen Erregung öffentlichen Ärgernisses und von einer strafrechtlichen Verfolgung der Verfasser und Mitunterzeichner der Briefe abgesehen. Sollte man dazu kommen, gegen den Magnetopathen K., der zweifellos der gefährlichste der Gruppe ist, ein Verfahren wegen unerlaubter Ausübung der Heilpraxis anhängig zu machen, so würde wohl kaum eine Verurteilung erfolgen. Denn er bestreitet entschieden, ein Heiler im Sinne der Verordnungen zu sein und eine Behandlung



zu übernehmen, und man darf diese seine Behauptung, die sich auf eine wahnhafte Überzeugung von seinem besonderen, stofferregenden Menschtum gründet, nicht als eine falsche Ausrede ansehen. Man kann daher sein Treiben, auf das die Beschränktheit des Publikums hereinfällt, ihm nicht als Straftat anrechnen.

Das Gebahren K.s führt noch eine weitere Gefahr vor Augen. *Henneberg* hebt hervor, daß, in Berlin wenigstens, die Vertreter des Spiritismus nicht selten gleichzeitig Heilmagnetiseure, Naturärzte u. dgl. sind, die mit der Propaganda für den Spiritismus eine solche für ihre Heilmethode mit Erfolg zu verbinden wissen. Das trifft ebenfalls für die Mazdaznanlehre und andere theosophische Zirkel zu, und wir sehen es auch bei unserem Magnetopathen. Dieser wird es auch gewesen sein, der seine Anhänger von der Überflüssigkeit jeder ärztlichen Behandlung überzeugt hat. Die Ablehnung ärztlicher Hilfe ist die Folgerung aus den Ideen vom Lebensstoff und Nichtsterben. Bei den religiösen Sekten, so auch bei Pastor Fr., ist das blinde Vertrauen auf die Hilfe Gottes der Grund, ärztlichen Rat abzulehnen. Die Ärzte sollten daher schon mit Rücksicht auf die Bekämpfung des Kurpfuschertums über solche Bewegungen nicht als Unsinn oder gebildeten Blödsinn hinwegsehen, sondern im Interesse der allgemeinen Volksgesundheit ihre Verbreitung durch Aufklärung einzudämmen bestrebt sein. —

So ausgedehnte und schreckliche psychopathische Epidemien nach Art der mittelalterlichen, die als ein Gemisch von Fanatismus, Hysterie, Psychose und Betrug, beherrscht von Suggestion zu betrachten sind, können jetzt nicht mehr hochkommen, und eine Verbreitung der Rührseligkeit, wie vor 100 Jahren zur Zeit der Werther-Selbstmorde aus unglücklicher Liebe, werden wir nicht mehr erleben. Aber zur Nachahmung geboren und suggestibel ist die Menschheit immer noch und wird es bleiben. So nüchtern und praktisch sind die Menschen noch nicht geworden, daß die Suggestion nunmehr lediglich auf realem Gebiete ihre Wirkung entfaltet, wie sie sich z. B. in der „Volksepidemie der traumatischen Neurose" zeigt, bei der die Suggestion von seiten der Volksbureaus, der Rechtskonsulenten, niederer Rentenempfänger und der Ehefrauen eine große Rolle spielt (*Hoche*). Die Mystik hat ihre Macht über die Gemüter keineswegs verloren, im Gegenteil, es hat den Anschein, als ob die Beschäftigung



mit Theosophie, „dem auf unmittelbarer innerer Anschauung beruhenden Spekulieren über die übersinnliche Welt", sich einer zunehmenden Beliebtheit erfreute. Psychiatrische Erfahrungen innerhalb und außerhalb der Anstalt lassen in verstärktem Maße die Suggestionsgefahr derartiger mystischer und sinnverwirrender Ideen für unreife, schwache und psychopathische Geister, an denen die Welt gewiß nicht arm ist, erkennen.



Zur Frage der Kriegspsychosen.

Von

Obermedizinalrat Dr. **Kreuser**, Winnental.

Bei Ausbruch des Weltkrieges war auf Grund der Erfahrungen besonders im russisch-japanischen Kriege, wie des südafrikanischen Feldzuges nicht ohne Grund eine besondere Häufung von krankhaften Störungen des Nerven- und Seelenlebens bei den Heeresangehörigen befürchtet worden. Mußte doch schon die Reizsamkeit des heutigen Geschlechts als geeigneter Boden für solche Erkrankungen gelten; die Anforderungen aber an die Widerstandsfähigkeit der im Felde stehenden Truppen gegen körperliche Kraftleistungen und ungewohnte seelische Eindrücke sind bei der hochentwickelten Technik des heutigen Kriegswesens auf ein Maß gestiegen, das aller Begeisterung für Freiheit und Vaterland zum Trotze nur allzusehr geeignet erscheint, die Lebensvorgänge aus ihrem Gleichgewicht zu bringen, so sehr auch die Fürsorge für das Wohl der Truppen Schädigungen ihrer Gesundheit vorzubeugen und zu wehren versuchen mag.

Erfreulicherweise haben sich die Besorgnisse verhältnismäßig frühzeitig schon zerstreuen lassen. Von berufenster Seite durfte schon nach wenigen Kriegsmonaten und seither immer wieder hervorgehoben werden, daß keine besondere Häufung psychisch-nervöser Gesundheitsstörungen bei den Verteidigern unseres Vaterlandes festzustellen sei, und daß insbesondere alles fehle, was die Aufstellung einer besonderen Gruppe von „Kriegspsychosen", deren man gewärtig sein zu müssen angenommen hatte, rechtfertigen würde. Soweit sich die Vorkehrungen zur Fürsorge für nerven- oder geisteskranke Soldaten als unzureichend erwiesen haben, erklärte sich das in natürlichster Weise aus dem ganz außerordentlichen Massenaufgebot in den Ländern mit allgemeiner Wehrpflicht, das eben die Jahresklassen betraf, die

auch in Friedenszeiten besonders zu derartigen Erkrankungen neigen; was die Art der Erkrankungen anbelangt, so ließen sie wesentliche Abweichungen der aus der sonstigen klinischen Erfahrung bekannten Erscheinungsweise kaum erkennen. Das Vorkommen eigenartiger Kriegspsychosen wird mit einer seltenen Übereinstimmung von den Beobachtern bestritten.

Der Eifer, mit dem ies betont worden ist, könnte fast befremdlich erscheinen angesichts der in wissenschaftlichen Kreisen zuvor schon zur Vorherrschaft gelangten Überzeugung, daß auf Entstehung und Gestaltung der meisten Geisteskrankheiten die äußeren Erlebnisse der davon Befallenen entfernt nicht den Einfluß haben, der ihnen gemeiniglich zugeschrieben zu werden pflegt. Mehr oder weniger nahes zeitliches Zusammentreffen mit solchen Erlebnissen genügt landläufiger Schlußfolgerung zur Annahme ursächlicher Zusammenhänge, namentlich dann, wenn es sich zugleich um die Begründung irgendwelcher Entschädigungs- oder Versorgungsansprüche handelt, wie es im Zeitalter der sozialen Gesetzgebung gang und gäbe geworden ist, und wie sie bei Kriegsbeschädigten erst recht als eine Dankespflicht des Vaterlandes gegen seine Verteidiger gelten müssen. Mit solchen Bestrebungen muß eine wissenschaftliche Richtung in Widerstreit geraten, die auf die inneren Ursachen nervöser und seelischer Krankheitszustände so sehr viel mehr Gewicht legt, daß sie den Krieg und, was er mit sich bringt, als wahre Krankheitsursache nur recht selten anzuerkennen vermag.

Als eine irgendwie einheitliche Krankheitsursache mit bestimmt umschriebenen gesundheitlichen Nachteilen wird er ja auch zum voraus ausgeschlossen werden können. Soviel er den Kriegsteilnehmern auferlegen vermag, so vielerlei Verschiedenheiten weisen in seinem Verlaufe die Geschicke des einzelnen Mannes auf, ganz abgesehen von den so überaus zahlreichen Unterschieden in der Veranlagung, die der einzelne mitbringt, wenn er des Königs Rock anlegt. Dieser allein fast ist uniform, überaus wechselnd Wesen und Los auch der treuesten Kriegskameraden. Wie mancher von den Heeresangehörigen trägt den Keim zu seelischer Erkrankung ungeahnt in sich, und was den einen bis ins Innerste seines Wesens erschüttert, nimmt ein anderer auf die leichte Achsel oder weiß es wenigstens als unvermeidliches Schicksal gelassen zu ertragen! Dasselbe Erlebnis, das hier ein mühsam be-

wahrtes Gleichgewicht zu stören vermag, bleibt dort ein belangloses Abenteuer. Entfällt es darum ganz als Krankheitursache, weil es nicht alle, die davon betroffen werden, in gleicher Weise berührt? Wer wollte das bestimmt behaupten, wo uns doch noch so wenig Einblick in die Lebensvorgänge möglich ist, auf denen unser Seelenleben und seine krankhaften Störungen beruhen? Wohl lernen wir ja immer mehr gewisse Umstände kennen, die wir zur Entstehung von Geisteskrankheiten in offenkundigere nähere Beziehung bringen müssen. Wir kennen angeborene und erworbene Veranlagungen als einen besonders geeigneten Boden für bestimmte Krankheitsformen, kommen bei anderen eigenartigen Störungen des Körperstoffwechsels als ihren ziemlich regelmäßigen Begleiterscheinungen auf die Spur. Erblicken wir in jenen Keimschädigungen, die oft erst nach jahrzehntelanger Verborgenheit ihre unheilvolle Wirkung offenbar werden lassen, und sehen wir in diesen körperliche Grundlagen des Seelenlebens nachweisbar in Unordnung geraten, so stehen wir doch noch vor ungelösten Rätseln, wenn wir uns ernstlich fragen, in welchem Verhältnisse diese Krankheitsursachen zu den Störungen seelischer Vorgänge stehen, die uns in den verschiedenen Formen des Irreseins gegenübertreten.

Hat sich die Besorgnis vor einer besonderen Häufung von Kriegspsychosen als unbegründet erwiesen, so wird sich die Frage, ob geistige Krankheitszustände bei den Heeresangehörigen unter dem Einflusse ihrer kriegerischen Erlebnisse in größerer Anzahl als bei der sonstigen Bevölkerung vorgekommen sind, endgültig erst entscheiden lassen, wenn nach der Wiederkehr geordneter Zustände das gesamte Material gesichtet und zusammengestellt werden kann. Dann erst wird auch sicher zu erkennen sein, ob und welchen Einfluß das Kriegsleben auf Form und Verlauf der Erkrankungen genommen hat. Der gewaltigen Arbeit, die in dieser Hinsicht dereinst zu bewältigen sein wird, kann es aber nur zugut kommen, wenn an gewisse Fragestellungen jetzt schon an der Hand kleineren Materials von verschiedenen Seiten herangetreten wird. Als Beitrag in diesem Sinne möge die nachfolgende Zusammenstellung dienen.

Sie umfaßt die Aufnahmen von Heeresangehörigen in unserer Anstalt während der ersten drei Kriegsjahre, verteilt sie auf diese, das deutsche Heer und die kriegsgefangenen Franzosen und Russen — Zugänge aus den verbündeten und anderen feindlichen Heeren kommen nicht in Betracht—, unter-



Übersicht über die Verteilung der aufgenommenen Männer auf		Gesamtaufnahme der Männerabteilung der Kgl. Heilanstalt Winnental in den Jahren							
Krankheitsgruppen	Krankheitsformen	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	zus.
I. Traumatische Psychosen		1,0	4,9	1,1	5,7	0,8	3,9	.	2,3
II. Organische Psychosen	Organische Gehirnkrankheit	.	.	.	.	0,8	1,2	.	0,4
	Alterspsychosen	4,0	8,1	5,3	3,4	4,2	5,4	3,4	5,0
	Progressive Paralyse .	12,1	7,3	14,6	11,3	13,4	7,9	5,2	9,8
	zus.	16,1	15,4	19,9	14,7	17,6	13,3	8,6	15,2
III. Intoxikations-Psychosen	Akute Alkoholpsychosen	2,0	.	2,1	.	.	1,2	1,1	0,9
	Chronische Alkoholpsychosen	9,0	4,1	4,2	10,2	8,4	4,8	8,6	6,6
	Sonstige Intoxikationen	.	0,8	1,1	.	.	.	.	0,2
	zus.	11,0	4,9	7,4	10,2	8,4	6,0	9,7	7,7
IV. Mängel der Veranlagung	Angeborener Schwachsinn	3,0	4,1	4,3	3,4	1,7	3,7	1,7	3,6
	Psychopath. Entartung	5,1	6,2	10,8	14,8	9,3	13,4	10,9	10,4
	Epilepsie	1,0	2,4	1,1	5,7	0,8	1,2	2,9	2,1
	zus.	9,1	12,7	16,2	26,9	11,8	18,3	15,5	16,1
V. Affektive Psychosen	Melancholie	9,4	8,1	3,2	2,3	6,1	5,5	13,2	7,4
	Manie	6,0	4,9	7,5	3,4	5,0	4,3	5,7	5,3
	Paranoia	13,1	1,6	9,7	11,3	8,4	8,5	2,8	7,4
	zus.	28,5	14,6	20,4	17,0	19,5	18,3	22,7	20,1
VI. Schizophrene Psychosen	Dementia paranoides .	10,1	17,9	4,3	6,8	8,4	5,4	7,1	8,6
	Hebephrenie	4,1	5,4	5,3	6,8	12,6	10,9	10,3	8,6
	Katatonie	10,1	13,8	5,3	1,1	4,2	5,4	9,7	6,3
	zus.	24,3	37,1	14,9	14,7	25,2	21,7	27,0	23,5
VII. Psychogene Erkrankungen	Hysterie	.	1,6	2,1	.	0,8	4,9	4,0	2,3
	Neurasthenie	.	.	.	.	.	.	.	.
	Erschöpfungspsychosen	.	0,8	1,1	2,3	2,5	4,9	10,3	4,0
	Diagnost. unklare Fälle	.	0,8	.	3,4	2,5	.	0,6	0,9
	zus.	.	3,2	3,2	5,7	5,8	9,8	14,9	7,2
VIII. Nicht geisteskrank		10,1	6,3	11,6	8,0	10,0	7,3	6,9	8,3
Summen		.	.	.	.	.	.	.	.

Aufgenommene Heeresangehörige von Kriegsbeginn bis 31. Juli 1917

Deutsches Heer															Kriegsgefangene				
Insgesamt	1. Kriegsjahr				2. Kriegsjahr				3. Kriegsjahr				zus.	Franzosen		Russen		zus.
	v.	u.	n.	zus.	v.	u.	n.	zus.	v.	u.	n.	zus.		v.	u.	v.	u.	
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
5,1	.	.	.	.	.	7,6	.	7,6	.	3,8	1.3	5,1	5,7	.	.	.	.	.
5,1	.	.	.	.	.	7,6	.	7.6	.	3,8	1,3	5,1	5,7	.	.	.	.	.
1,5	.	.	.	.	.	2,5	.	2,5	.	1,3	.	1,3	.	.	.	.	.	.
6,1	.	.	5,3	5,3	.	3,8	1,2	5,0	.	7,7	.	7,7	6,3	.	7,1	.	.	5,0
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
7,6	.	.	5,3	5,3	.	6,3	1,2	7,5	.	9,0	.	9,0	8,0	.	7,1	.	.	5,0
4,6	5,3	.	5,3	10,5	.	3,8	2,5	6,3	.	1,3	.	1,3	4,6	.	7,1	.	.	5,0
5,6	10,5	5,3	5,3	21,1	1,2	1,2	2,5	5,0	.	2,6	1,3	3,9	6,2	.	.	.	.	.
2,6	.	.	.	.	1,2	1,2	1,2	3,6	.	1,3	.	1,3	2,3	.	7,1	.	.	5,0
12,8	15,8	5,3	10,5	31,6	2,5	6,3	6,3	15,0	.	5,2	1,3	6,5	13,1	.	14,2	.	.	10,0
8,7	·	5.3	.	5,3	1,2	6,3	.	7,5	1,3	6,4	1,3	9,0	8,0	7,1	7,1	.	16,6	15,0
2,5	.	.	.	.	1,2	2,5	.	3,7	.	1,3	1,3	2,6	2,3	.	.	.	.	.
2,5	.	.	.	.	.	5,0	.	5,0	.	1,3	.	1,3	3,0	.	.	.	.	.
13,8	.	5,3	.	5,3	2,5	13,9	.	16,3	1,3	9,0	2,6	12,9	13,3	7,1	7,1	.	16,6	15,0
10,2	.	10,5	10,5	21,1	1,2	5,0	2,5	8,8	.	5,1	3,8	9,0	10,3	7.1	7,1	.	.	10,0
11,7	.	.	.	.	1,2	5.0	3,8	10,0	1,3	11,5	1.3	14,1	10,9	.	21,4	.	7,1	20,0
13,2	.	5,3	5,3	10,5	.	10,0	.	10,0	2,6	10,3	1,3	14,1	12,0	.	14,3	.	50,0	25,0
35,1	.	15,8	15,8	31,6	2,5	20,1	6,3	29,0	3,8	26,9	6,4	37,1	33,2	7,1	50,0	.	66,6	55,0
6,1	.	.	.	.	1,2	3.3	.	4,5	1,3	7,7	.	9,0	6,3	.	.	.	16,6	5,0
10,3	.	10,5	.	10,5	6,3	2,5	1,2	10,0	1,3	9,0	1,3	11,6	10,9	.	7,1	.	.	5,0
9,2	5,3	10,5	.	15,8	2,5	6,3	.	8,8	1,3	6,4	1,3	9,0	9,7	.	7,1	.	.	5,0
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
25,6	5,3	21,1	.	26,3	10,0	12,1	1,2	23,3	3,9	23,1	2,6	30,6	26,9	.	14,3	.	16,6	15,0
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	21,1	47,4	31,6	.	17,9	67,9	14,1	.	10,3	75,6	14,1	.	.	14,3	84,3	.	.	.

scheidet die Kriegsteilnehmer, je nachdem sie verwundet (v) worden sind oder nicht (u) und die ohne Ausmarsch ins Operationsgebiet Erkrankten (n), und sie verteilt sie auf die Krankheitsformen, wie sie für die Jahresberichte der württembergischen Staatsirrenanstalten vorgeschrieben sind, um einen Vergleich zu schaffen mit den allgemeinen Aufnahmeverhältnissen der sieben letzten Kalenderjahre. Dabei sind die Krankheitsformen in einige größere Gruppen zusammengefaßt worden, wie sie geeignet erscheinen, um gemeinsame Ursachenverhältnisse in etwas größeren Zahlen zur Anschauung zu bringen. —

Die Zunahme unserer Aufnahmen auf der Männerseite in den letzten Jahren, die vor Kriegsausbruch seit einer Ende 1910 erfolgten Erweiterung der Anstalt stetig abgenommen hatten, erklärt sich vorzugsweise aus örtlichen Verhältnissen. Dem bereits empfindlich werdenden Raummangel war im Sommer 1914 durch Aufstellung einer Baracke einigermaßen abgeholfen worden; nach Kriegsausbruch ließen sich weitere Auskunftsmittel für den zu erwartenden stärkeren Andrang von Aufnahmegesuchen — an anderen Orten waren bisher für Geisteskranke bestimmte Einrichtungen jetzt für militärische Zwecke in Anspruch genommen worden — treffen, und seither hat die verhältnismäßig kurze durchschnittliche Behandlungsdauer der aufgenommenen Heeresangehörigen, wie sich teils aus der Art der Erkrankungen, teils aus der Überführung vieler Kranker in Anstalten ihrer engeren Heimat ergab, eine ungewöhnlich lebhafte Krankenbewegung ermöglicht. Aus den verschiedenen Aufnahmeziffern darf also auf besondere Häufung der Erkrankungen selbst noch keinerlei Schluß gezogen werden.

Rasch angewachsen ist wohl der Zugang von Heeresangehörigen vom ersten zum zweiten Kriegsjahr. Während dieser Zeit waren zweifellos die von der Militärverwaltung selbst getroffenen besonderen Vorkehrungen für die Pflege von Nerven- und Geisteskranken unzulänglich geworden, sind aber auch nicht wenig Leute, die bisher zum Waffendienst nicht herangezogen worden waren, zur Fahne einberufen worden; darunter offenbar gar manche von zweifelhafter Geistesbeschaffenheit, die sich bei der Musterung noch kaum verraten konnte. Ein vom zweiten zum dritten Kriegsjahr sich gleichbleibender Teil derselben mußte der Anstaltspflege übergeben werden, ohne daß die Betreffenden ins Feld gekommen wären, meist mit Krankheitsformen, die Schädigungen durch den Heeresdienst selbst so gut wie sicher ausschließen lassen.

Von den Ausmarschierten ist die Beteiligung der Verwundeten an den geistigen Störungen von Jahr zu Jahr zurückgegangen, der der unverwundet Gebliebenen entsprechend angewachsen. Auch im ersten Kriegsjahre hat der Anteil der Verwundeten nicht mehr als $^1/_5$ der Aufnahmen aus dem Heere ausgemacht; ein unverkennbarer Hinweis darauf, daß die offenkundigsten Kriegsschäden nicht eben von sehr großem Einfluß auf die Erschütterung des seelischen Gleichgewichts zu sein pflegen.

Rein traumatische Geistesstörungen sind hier überhaupt nicht zur Aufnahme gelangt; insbesondere keine nach namhaften Schädel- und Gehirnverletzungen. Vermutlich sind solche Fälle zu gesonderter Behandlung in eigens dafür bestimmten Lazaretten zurückbehalten worden.

Auch die Gruppe der organischen Gehirnkrankheiten ist bei den Heeresangehörigen nur durch die progressive Paralyse vertreten. Gegenüber ihrem sonstigen Vorkommen ist sie kaum mehr als halb so häufig gewesen, so daß die Jahresaufnahmen an dieser Krankheit seit Kriegsbeginn einen stetigen Rückgang zeigen. Als eine Krankheit des späteren Mannesalters kann sie kaum schon vor der Einstellung ins Heer zum Ausschalten der ihr Verfallenen geführt haben, und noch weniger darf angenommen werden, daß sie unter den Verhältnissen des Kriegslebens sich länger als sonst der Erkennung hätte entziehen können. Im Gegenteil müssen diese zu ihrer frühzeitigen Offenbarung beitragen, eine Tatsache, die mitunter selbst Schwierigkeiten für die differentialdiagnostische Abgrenzung verursacht hat. Andererseits hat die frühzeitige Verbringung in Anstaltsbehandlung milden Krankheitverlauf und mehrfache bedeutende Remissionen begünstigt, wie ich im Gegensatz zu *Weygandts* Erfahrungen ausdrücklich hervorheben möchte. Ohne alle spezifische Behandlung konnte die Hälfte unserer Paralytiker dem Erwerbsleben noch einmal znrückgegeben werden; auch bei den in Anstaltsbehandlung Verbliebenen ist der Krankheitsverlauf meist ein nur langsam fortschreitender gewesen. Nur ein Paralytiker ist bisher gestorben an den Folgen einer Verletzung, die er sich in seinem ungewöhnlich starken Bewegungsdrange zugezogen hatte. — Dahingestellt bleiben mag, ob die neueren Behandlungsmethoden der ursächlichen luischen Infektion schon ihre Wirkung in einer Abnahme der paralytischen Erkrankungen verraten. Denkbar wäre auch, daß die Unbesonnenheit der Paralytiker ein verhältnismäßig starkes Abschießen derselben im Felde zur Folge haben könnte.

Da die wahre Ursache der Paralyse ihrem Ausbruch stets um Jahre voraus dem Körper einverleibt worden war, kann der Krieg und alles was er mit sich bringt, nur als Hilfsursache für die Krankheit in Betracht kommen. Als solche und namentlich als beschleunigend für den Krankheitsausbruch wird das Kriegsleben nicht von der Hand zu weisen sein.



Von Intoxikationspsychosen haben wir aus dem Heere nur alkoholisch verursachte zugewiesen erhalten, fast genau in derselben Häufigkeit wie seither, nur mit etwas Verschiebung nach der Seite der akuten alkoholischen Störungen. Solche führen in Friedenszeiten hier eben nur selten zur Aufnahme; ihre kurze Dauer läßt eine Behandlung in Bezirksirrenlokalen und Stadtasylen ausreichend erscheinen. Bei den Heeresangehörigen kommt außer der Behandlung noch die Beurteilung ihrer Brauchbarkeit für die Truppe in Betracht, wozu meist eine etwas längere Beobachtung angezeigt erscheint. Bemerkenswert ist die Seltenheit dieser Erkrankungen im ersten Kriegsjahre. Das anfängliche Alkoholverbot hat offenbar recht gute Dienste getan. Bei den späteren Zugängen hat es sich nie um schwere Trinker gehandelt, meist vielmehr um Leute, die in ihren Trinkgewohnheiten nicht viel über das landesübliche Maß hinausgegangen waren, die aber im Felde an Widerstandskraft gegen geistige Getränke erheblich eingebüßt hatten. Irgendein Gelegenheitstrunk hatte dann ungewöhnlich stark erregende Wirkung, bei der es wohl auch zu Vergehen gegen die militärische Ordnung gekommen war. Diesen abnormen Reaktionen auf nicht unmäßige Ausschreitungen im Trinken haben die kriegsgerichtlichen Entscheidungen gebührend Rechnung zu tragen gewußt. Auch einem französischen Kriegsgefangenen aus dieser Gruppe ist volle Milde zuteil geworden, als er sich zu tätlichem Angriff auf einen Posten in seiner Alkoholpsychose hatte hinreißen lassen.

Die wesentliche Krankheitsursache liegt also bei diesen Erkrankungen außerhalb der Kriegsverhältnisse. Wohl aber schaffen diese nicht selten Umstände, die Wirkungen des Giftes wachrufen, wie sie sonst seltener beobachtet werden. Man wird dem Rechnung tragen müssen nicht sowohl, wenn es sich um Rentenforderungen, als wenn es sich um Beurteilung der Kriegsverwendungsfähigkeit handelt. Die meisten Alkoholiker dürften sich mehr zur Arbeit hinter der Front als zum Dienste in derselben eignen.

So ziemlich dasselbe dürfte von den nicht seltenen Mängeln der geistigen Persönlichkeit gelten, sei es daß es sich um angeborenen Schwachsinn, um psychopathische Entartungszustände oder um Epileptiker handelt. Schwachsinnige und Epileptiker hatten wir aus dem Heere verhältnismäßig mehr, Psychopathen wesentlich weniger als sonst aufzunehmen. Der Rückgang an letzteren erklärt sich durch den



für gewöhnlich sehr starken Zugang der Anstalt an verbrecherischen Geisteskranken aus ihrem vorzugsweise großstädtisch-industriellen Aufnahmegebiete. Nach Ausbruch des Krieges hat derselbe wie anderwärts auch hier, allem Auscheine nach leider nur vorübergehend, abgenommen. Epileptiker dagegen sind in der Regel von der Aufnahme in die hiesige Anstalt ausgeschlossen; sind sie jetzt etwas häufiger geworden, so ist das fast ausschließlich durch Fälle verursacht, die zu gerichtlicher Begutachtung eingewiesen worden waren.

Da angeborener Schwachsinn und Epilepsie dienstunbrauchbar machen, könnte es immerhin auffällig erscheinen, daß sie bei Heeresangehörigen doch nicht so ganz selten festzustellen waren — bezeichnenderweise besonders auch bei Kriegsfreiwilligen, bei Leuten also, die sich unter außergewöhnlichen Zuständen zum Waffendienst drängen mit tunlichster Verbergung ihrer Mängel, während solche bei dem weniger beliebten Heeresdienste in Friedenszeiten weit eher schon bei der Musterung hervorgekehrt werden. Ohne daß sie ausdrücklich geltend gemacht werden, sind eben solche Mängel bei einmaliger ärztlicher Untersuchung kaum zu erkennen, wie sie sich vielfach ja auch im bürgerlichen Leben lange Zeit einer richtigen Beurteilung zu entziehen vermögen, bis irgendwelche besondere Anforderungen die Unzulänglichkeit an den Tag bringen.

So hatte einer unserer Pfleglinge aus dieser Gruppe sogar seine aktive Dienstzeit im Heere einwandfrei abgemacht. Nach Kriegsausbruch wieder eingezogen und mit einem der ersten Nachschübe ins Feld gekommen, war er alsbald in die Gefechtslinie vorgeschoben worden. Dort hat er sofort „den Kopf verloren" und beim Rücktransport Gefangener ist er dann planlos der Heimat zugelaufen. Seine Beschränktheit war dort längst bekannt gewesen; aber erst jetzt wurde sein Verhalten so auffällig, daß Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit erhoben wurden. Bei eingehender Prüfung seiner Geistesbeschaffenheit ergaben sich so schwere Unzulänglichkeiten, daß er nicht für verantwortlich erachtet werden konnte.

Bezeichnenderweise hat das zweite Kriegsjahr die meisten Zugänge aus dieser Gruppe geliefert; das erste hatte noch kaum zu ihrer Wiederausscheidung geführt; im dritten war diese großenteils schon vollzogen. Recht wenig anstellig schon bei der ersten militärischen Einübung, geraten solche Leute gelegentlich in den Verdacht der Simulation und der Drückebergerei; andere lassen sich zu Unschicklichkeiten und Trinkexzessen verleiten, so daß erst auf dem Wege

über eine gerichtliche Untersuchung ihre Unbrauchbarkeit zum Heeresdienste festgestellt wird. Für Arbeitsdienst unter angemessener Anleitung und ohne Anforderung an selbständige Leistungen bilden mäßige Schwachsinnsgrade kein Hindernis. — Auch unter den Kriegsgefangenen finden sich solche Imbezille. Sind sie zugleich Analphabeten, und bereitet die sprachliche Verständigung Schwierigkeiten, so wird die Beurteilung zu einer ziemlich mühseligen Aufgabe. — Nicht übersehen werden darf, daß sich mit solchen geistigen Unzulänglichkeiten bisweilen eine gesteigerte gemütliche Reizbarkeit verbindet. Vermöge derselben kann es unter der Einwirkung so außerordentlicher Erlebnisse, wie sie im Kriege jederzeit zu gewärtigen sind, zu flüchtigen Erregungszuständen kommen, die als durch diese äußeren Umstände verursacht gelten müssen, obwohl natürlich der Boden, auf dem sie erwachsen sind, lange vorher schon bereitet war.

Auf Epileptiker trifft fast alles bei den Schwachsinnigen Beobachtete in ähnlicher Weise zu. Nur muß der unheilvolle Einfluß kürzerer oder längerer Bewußtseinsstörungen im Anfall wie im Dämmerzustande noch bedenklicher ins Gewicht fallen. Abgesehen von den durch Kopfverletzungen verursachten epileptischen Störungen kann eine Entstehung der Epilepsie durch den Krieg nicht in Frage kommen, wohl aber wird eine solche während desselben bisweilen erstmals zu ausreichender Beobachtung gelangen. Nicht immer wird ihr sicherer Nachweis, wie ihn die Dienstanweisung verlangt, so leicht zu erbringen sein, wie auch die differentialdiagnostische Unterscheidung von hysterischen Zuständen vielfach erst in sorgfältigster Lazarettbeobachtung möglich werden wird. — Recht erstaunlich klingt es, daß einige dieser Kranken während aller Aufregungen und Anstrengungen des Feldzuges länger als sonst von Anfällen verschont geblieben zu sein bestimmt versichert haben. Die Erklärung dafür dürfte wohl in einer geringeren Zugänglichkeit des Alkohols für die Feldsoldaten zu suchen sein. War dieser in der Heimat erst leichter erhältlich, so kam es auch wieder zu häufigeren und schwereren Anfällen.

Die psychopathischen Entartungszustände, auf deren klinische Einteilung hier nicht näher eingegangen werden kann, gliedern sich in ihren Beziehungen zum Kriege in ängstlich zaghafte und rücksichtslos schroffe Naturen. Hinsichtlich beider hat man angenehme

Überraschungen erlebt. Bei den ersteren haben vielfach Begeisterung, Pflichtgefühl und harte Notwendigkeit wider alles Erwarten über zuvor anscheinend unüberwindliche Schwächen des Wesens hinweggeholfen. Zu brauchbaren Soldaten sind manche geworden, die es daheim über allerlei zwangsmäßig aufdringlichen Störungen des Nervenlebens nur zu mangelhaften Leistungen gebracht hatten. Von den anderen aber, den stets über die Schwellen von Heil- und Strafanstalt hin- und herschwankenden, halt- und gewissenlosen Schädlingen der menschlichen Gesellschaft haben nicht so wenige im wechselvollen Treiben des Kriegslebens ein befriedigendes Ziel nicht etwa nur für ihre Abenteuerlust, sondern auch für ein Bestreben, sich in die gesellschaftliche Ordnung wieder ehrenhaft einzufügen, erblickt. Beide Arten riß des Krieges Strudel zu ihrem Heile nach oben. Nur findet diese Erfahrung leider keine allgemeine Anwendung. Nicht alle psychisch-nervöse Beschwerden haben sich in der Schule des Heeresdienstes gebessert, manche wesentlich verschlimmert, so daß die Lazarette mit einigen schwierig zu behandelnden Zugängen belastet wurden, und daß Versorgungsansprüche erwachsen sind, wie sie bei sorgfältigerer Auswahl der Einzustellenden vermeidbar gewesen wären. Fast noch weniger haben sich die sittlich Entarteten und Vorbestraften auf die Dauer zu bewähren vermocht, obwohl gerade von ihnen ziemlich viele freiwillig sich zur Fahne gemeldet hatten. Im Bewegungskriege allerdings haben sie vielfach ein schneidiges Draufgängertum an den Tag gelegt, so daß manche unserer schon wiederholt mit entehrenden Strafen belegten Stammgäste in ihrem Urlaub stolz uns die mit Ehrenzeichen geschmückte Brust weisen konnten. Was aber nur wenigen gelungen ist, war das geduldige Ertragen der Mühsale des Stellungskrieges, die stille Unterordnung unter die Pflichten militärischen Gehorsams. Über kurz oder lang hat einer um den anderen von ihnen bei solchen Prüfungen versagt, nicht selten in der Form eines jener plötzlichen Erregungszustände, wie sie früher wohl in der Untersuchungshaft ausgebrochen zur Anstaltsbeobachtung Anlaß gegeben hatten. Schon das erste Kriegsjahr hat einen verhältnismäßig nicht geringen Zugang von solchen Fällen gebracht. Das ungewöhnlich häufige Vorkommen von Verwundungen bei ihnen weist darauf hin, daß sie den Gefahren des Kampfes nicht aus dem Wege gegangen waren. In der folgenden Zeit sind die Aufnahmen nicht zahlreicher



geworden; ein Reinigungsprozeß hat sich im Heere offenbar rasch gewissermaßen von selbst vollzogen durch die Unerträglichkeit der plötzlichen Schwankungen im seelischen Gleichgewichtszustand solch zweifelhafter Helden. Gelegentliche widrige Erlebnisse, Enttäuschungen, Bestrafungen, Neckereien, Ausschreitungen im Trinken und andere Ordnungswidrigkeiten sind es, wodurch sie ganz unverhältnismäßig leicht aus aller Fassung gebracht werden und in Erregungszustände geraten, die sie viel zu unzuverlässig für die verantwortungsvollen Aufgaben des Frontdienstes macht. Müssen ihnen irgendwelche Wünsche aus dienstlichen Gründen versagt werden, so drängt sich bei ihnen wohl ein schon früher rege gewordener Gemeinbeeinträchtigungswahn wieder unliebsam in den Vordergrund. Er kehrt seine Spitze gegen die Vorgesetzten und auf alle Einrichtungen des Heeres; er erstreckt sich bald auch auf die Entschädigungsansprüche nach dem Ausscheiden aus seinem Verband. Nur in bescheidenem Umfange können solche gerechtfertigt erscheinen, während ihre Kräfte im Dienste hinter der Front sich nützlich verwerten lassen, wenn sie vom Trunk und vom Weibe ferngehalten werden.

Die anderweitig schon mehrfach betonte verhältnismäßig geringere Häufigkeit von affektiven — manisch-depressiven — Geistesstörungen, denen die Paranoia angefügt werden mag, ergibt sich auch aus den hiesigen Erfahrungen! Etwa um ein Drittel sind sie hinter den Gesamtaufnahmen der letzten Jahre zurückgeblieben, und ganz besonders waren auch hier die manischen Erregungszustände seltener als sonst. Ganz gefehlt haben sie nicht. Nur vereinzelt war erbliche Belastung nachzuweisen. Häufiger waren Depressionszustände, doch erst vom zweiten Kriegsjahre an; auch unter den Kriegsgefangenen waren solche zu beobachten, ohne daß sich doch ein Zusammenhang mit Kummer über die Gefangenschaft oder die Kriegslage hätte ermitteln lassen. Im Vorstellungsinhalt haben jedenfalls die Sorgen um die Angehörigen daheim eine größere Rolle gespielt. Ein hierher zu rechnender russischer Kriegsgefangener ist von deutscher Abstammung. Auch bei den gemütlichen Depressionszuständen war weniger ererbte als persönliche Veranlagung, ein „schweres Gemüt“ als Grundlage für die Entstehung der Krankheit nachzuweisen. Auffallend häufig waren Magenbeschwerden mit Störungen der allgemeinen Ernährung dem Ausbruch der Psychose vorausgegangen. Ihre



Behebung hat dann auch eine Besserung in der Stimmungslage nach sich gezogen.

Bei einem Franzosen hatte die Depression vorzugsweise hypochondrische Färbung anschließend an seine Verwundung (Schuß durch die Leber); ein anderer mit chronischem Lungenkatarrh war in seiner Niedergeschlagenheit über die geringe Nachhaltigkeit der heimatlichen Kurerfolge zum Überläufer geworden, ohne den doppelseitigen Kugelregen zu achten. Von der Furcht, wegen dieses militärischen Vergehens auch beim Gegner der Todesstrafe verfallen zu sein, konnte er nicht loskommen. Ein Übergang von manischen in depressive Zustände war nur zweimal festzustellen; in einem Falle durch den zu Hause verübten Selbstmord des nach anscheinend glücklich überstandener schwerer Manie in die Heimat beurlaubten Mannes. — Eine ziemlich langwierige Melancholie hatte sich an einen Zustand von akuter Verwirrtheit nach Granatexplosion angeschlossen; von diesem hatte der Pat. sich so weit erholt, daß der Entlassungstag schon vereinbart war, als unvermutet schwere Selbstanklagen über vermeintliche Verfehlungen im früheren Berufe wie im Kriegsdienste sich einstellten.

Gerade unter den wechselvollen Kriegserlebnissen stürmen so viel gemütliche Eindrücke auf die kämpfenden Truppen ein, daß man annehmen möchte, affektive Seelenstörungen, „Gemütskrankheiten" müßten bei ihnen besonders häufig vorkommen. Steht die Erfahrung dazu in offenkundigstem Widerspruch, so bestätigt sie nur die in Fachkreisen allgemeine, dem Laien aber nur schwer eingehende Erkenntnis, daß normalpsychologische und psychopathologische Affekte ihrem Wesen nach scharf auseinandergehalten werden müssen, soviel sie auch an äußerer Ähnlichkeit aufweisen mögen. Die gemütlichen Eindrücke und Erschütterungen mögen gelegentlich gesundheitliche Schädigungen nach sich ziehen besonders bei veranlagten Personen mit verminderter Widerstandsfähigkeit; kaum je aber erhalten die Erkrankungen ihr Wahrzeichen im Sinne jener Eindrücke; aus den Krankheitserscheinungen gar auf vorausgegangene ähnlich gefärbte gemütliche Einflüsse zurückschließen zu wollen, müßte an den wahren ursächlichen Zusammenhängen meist vorbeiführen. Nichtsdestoweniger wird man auch bei dieser Krankheitsgruppe nicht umhin können, zuzugeben, daß ohne die außergewöhnlichen Verhältnisse des Kriegslebens ein seelischer Zusammenbruch mancher belasteten und darum widerstandsunfähigen Persönlichkeit vielleicht vermieden oder wenigstens hinausgeschoben worden wäre. Etwa im Waffendienst auf diese

Weise Erkrankten wird man einen Entschädigungsanspruch darum noch nicht verweigern dürfen, weil die Form der Erkrankung als eigenartige Kriegspsychose nicht anerkannt werden kann.

Abzulehnen sein wird eine Entschädigung fast immer bei chronisch paranoischen Erkrankungen, nicht etwa nur weil sie bei den Heeresangehörigen in nahezu derselben Häufigkeit zur Aufnahme geführt haben wie sonst, sondern vor allem, weil sorgfältige Erhebungen fast ausnahmslos nachweisen lassen, daß die Krankheit schon längere Zeit vor der Einberufung zum Kriegsdienst bestanden hatte, als solche nur nicht erkannt oder wenigstens nicht genügend gewürdigt worden war. Unsere Aufnahmen an solchen Kranken fallen fast alle ins zweite Kriegsjahr; während derselben kam es offenbar zu ihrem Wiederausscheiden aus dem Heere, nachdem auch hier das Leiden eine Zeitlang verborgen geblieben war. Verhältnismäßig rasch scheint sich dieser Reinigungsvorgang vollzogen zu haben, nachdem der Krieg die Krankheit geoffenbart hatte. Erzeugt hatte er dieselbe nie, nach hiesiger Erfahrung auch nicht in der Form eines Querulierens um die Rente.

Die Gruppe der schizophrenen Geistesstörungen hat in den letzten Jahrzehnten im Mittelpunkte des klinischen Interesses auch hinsichtlich ihrer Entstehung gestanden. Kein Wunder, daß ihr auch jetzt hinsichtlich ihres Zusammenhanges mit dem Kriege besondere Aufmerksamkeit zugewandt worden ist, meist mit dem Ergebnisse, daß ein solcher bestritten und die Krankheit auf andere innere Ursachen zurückgeführt worden ist, die sich in dem betreffenden Lebensabschnitt mit fast zwingender Notwendigkeit einzustellen pflegen. In Stoffwechselstörungen läßt man sie wurzeln, und im fehlerhaften Abbau bestimmter Organbestandteile des menschlichen Körpers glaubt man ihren Ursachen auf die Spur gekommen zu sein.

Mag die Zukunft unsere Hoffnungen auf regelmäßige Wechselbeziehungen zwischen krankhaften seelischen Vorgängen und Störungen des Körperstoffwechsels noch so sehr erfüllen, so ist damit über das Verhältnis von Ursache und Wirkung zwischen beiden noch lange nicht das letzte Wort gesprochen. Können die Abbauprodukte nicht ebensowohl als Erzeugnisse oder bloße Begleiterscheinungen, wie als Ursachen bestimmter Formen von Geisteskrankheiten in Betracht



kommen? Erst lange Reihen der sorgfältigsten Untersuchungen können solche Fragen endgültig klären.

Zunächst lehren unsere Erfahrungen an Heeresangehörigen, daß bei ihnen Erkrankungen aus der schizophrenen Gruppe etwa um ein Drittel häufiger zur Aufnahme gelangt sind als in Friedenszeiten, und daß die Zunahme alle drei Unterformen derselben betroffen hat, am stärksten die Katatonie; letztere namentlich auch unter den Kriegsgefangenen, besonders den Russen. Bei den eigenen Landsleuten finden wir die Krankheit mit oder ohne Teilnahme am Feldzuge, bei Verwundeten und Unverwundeten, die hebephrene Form am meisten ansteigend während der Kriegsdauer; die paranoide Form verhältnismäßig am frühesten sich offenbarend. Soll sich das alles lediglich daraus erklären, daß der Altersabschnitt, der zum Heeresdienste verpflichtet, auch von diesen Krankheitformen bevorzugt wird, und daß die Erkrankten aus dem Heere wohl rascher zur Aufnahme gelangen als aus dem bürgerlichen Leben, wo mancher von ihnen sein Dasein auch ohne besondere Fürsorge zu fristen vermag? Oder sollten nicht vielmehr die gewaltigen körperlichen und seelischen Anforderungen an die eben erst zur Reife gelangte Persönlichkeit geeignet sein, Störungen ihrer Lebensvorgänge zu begünstigen, die sich neben krankhaft verändertem Seelenleben auch in Unregelmäßigkeiten des Körperstoffwechsels verraten? Ausschließen können wir eine solche Möglichkeit auf Grund unseres heutigen Wissens gewiß nicht. Vorsichtig haben wir darum zu sein bei Anwendung noch so bestechender theoretischer Anschauungen auf den einzelnen Krankheitsfall, zumal wenn von dem Gutachten über seine Entstehung die wirtschaftliche Seite von des Kranken und vielfach auch seiner Angehörigen Zukunft abhängt.

Hat die differentialdiagnostische Abgrenzung der verschiedenen Krankheitsformen bei den Heeresangehörigen manchmal ungewöhnliche Schwierigkeiten bereitet, so dürfte doch dieser Krankheitsgruppe kaum ungebührlich viel zugezählt worden sein. Nur etwas über ein Drittel der aus dem Heere Aufgenommenen entfällt auf sie. Stets waren wir hier ziemlich zurückhaltend mit der Diagnose einer „Dementia praecox", und auch jetzt können wir nur *Perettis* Erfahrungen bestätigen, daß von den Truppenärzten eine solche Diagnose viel zu häufig gestellt worden ist. Dabei sei jedoch ausdrücklich eingeräumt, daß die anfänglichen Zustandsbilder bei den erkrankren Soldaten un-



verhältnismäßig häufig den Anschein eines Verblödungsprozesses erwecken können auch in Fällen, bei denen der weitere Verlauf einen solchen ausschließen lassen kann, sich vielmehr affektive oder psychogene Krankheitsbilder herausschälen mit günstigeren Aussichten auf Wiederherstellung. Offenbar sind es gewisse Erschöpfungszustände, die sich nach den so außerordentlichen Anforderungen an die ganze körperliche und seelische Spannkraft der kämpfenden Truppen einstellen, sobald die unausgesetzten Anregungen des Kriegslebens aussetzen, die gar manchmal zu diagnostischen Irrtümern verleitet haben. Bieten doch auch gelegentlich Verwundete und Kranke, die, ohne geisteskrank zu werden, frisch von den heißen Kämpfen an der Front weg in die Ruhe einer Lazarettbehandlung, sei es auch nur im Lazarettzuge kommen, wie mich dies eigene Erfahrung gelehrt hat, Zustandsbilder dar, die den Verdacht einer „Dementia praecox“ erwecken können, die sich aber nach ausreichender Erholung durch längeren Schlaf spurlos verlieren. Unter ähnlichen Umständen kommt es bei psychisch Erkrankten leicht zu Mischzuständen, die ein atypisches Krankheitbild ergeben, wie es gerade für die „Dementia praecox“ sonst als bezeichnend gelten kann. Schon bei der Einbringung von Kranken nach ermüdender längerer Reise erwächst hin und wieder eine derartige Vortäuschung bereits ausgesprochenen geistigen Verfalls, während am folgenden Tage bereits der Kranke wieder eine ganz andere Figur macht. Dazu kommt, daß die klinischen Untersuchungs methoden neuerdings vielfach besonderen Nachdruck auf die etwaigen Vorboten eines ungünstigen Krankheitsausganges legen, wie sie eben für die Diagnose der Dementia praecox nicht nur besonders ins Gewicht fallen, sondern auch leichter festzustellende positive Merkmale an die Hand geben. Entsprechende Diagnosen werden meiner Überzeugung nach dadurch auch sonst mehr als gerechtfertigt hervorgerufen, ein Irrtum, der für den Kranken verhängnisvoller werden kann als etwaige anfängliche Verkennung des zu gewärtigenden ungünstigen Verlaufs. Nur allzu leicht wird so vorzeitig der Stab über einem Dasein gebrochen, das noch keineswegs unter die verlorenen zählt, aber weit schwerer wieder in geordnete Bahnen gelenkt werden kann, wenn ihm die Rettung einmal abgesprochen worden war.

Doch auch in Fällen, bei denen die gesamten klinischen Erscheinungen bei den Soldaten zur Annahme einer Hebephrenie oder



Katatonie zwangen, ist der Verlauf keineswegs immer so ungünstig gewesen, daß er die Bezeichnung dieser Krankheitformen als Verblödungsprozesse gerechtfertigt erscheinen lassen könnte. Bei 9 % der hierher zu rechnenden Heeresangehörigen ist es zu Genesungen mit voller Krankheitseinsicht, bei ebenso vielen zu recht weitgehenden Besserungen gekommen, Ergebnisse, die darauf hinweisen, daß sich bei rechtzeitigem Einsetzen einer angemessenen Behandlung die Aussichten auf Wiederherstellung doch merklich günstiger gestalten können, als sie jetzt meist beurteilt zu werden pflegen. Ob es sich dabei um Dauerheilungen handelt, wird ja erst die Zukunft lehren. Doch selbst wenn sich die bisher erzielten Erholungen nur als zeitweiliges Zurücktreten der Krankheit erweisen sollten, wäre ein solches schon erfreulich häufiger festzustellen gewesen, als nach den herrschenden Anschauungen erwartet werden konnte, ermutigt es zu vermehrter Aufmerksamkeit auf Krankheitszustände, von deren individuellem Studium sich doch vielleicht noch mehr erwarten läßt als von ihrer generalisierenden Unterordnung unter den Begriff des Jugendirreseins mit verzweifelndem Ausblick auf einen unabwendbar traurigen Endausgang dieses Leidens.

Genaueres Eingehen bei allen Einzelfällen erfordert jedenfalls die Frage nach ihrer Entstehung im Zusammenhang mit dem Heeresdienste. Ursächliche Bedeutung desselben kann wohl öfters ganz bestimmt bestritten werden, wenn z. B. schon in den ersten Tagen nach der Einberufung geistige Störungen zum Ausbruch kommen, von denen sich nachweisen läßt, daß sie früher schon in ganz derselben Weise bei dem Manne vorgekommen waren, oder wenn eine Hebephrenie sich entwickelt hat während mehrmonatlicher Lazarettbehandlung wegen einer einfachen Gelenkverstauchung, deren Folgen nicht recht weichen wollten. Wer aber wollte ein ähnliches hebephrenisches Krankheitsbild als unabhängig von einer Verwundung hinstellen, die u. a. durch Röntgenuntersuchung nachweisbar einen Granatsplitter im Schädelinnern hinterlassen hat, wenn der zuvor vollkommen geistesgesunde Mann am Tage darauf schon Fieber und blutige Spinalflüssigkeit mit einem Druck von 310 neben dem bezeichnenden Bilde eines hebephrenischen Erregungszustandes aufwies, obwohl es in monatelangem weiterem Verlaufe zu dem bezeichnenden läppischen zerfahrenen Wesen gekommen ist, oder wenn ein ähnliches



Krankheitsbild sich entwickelt während langwieriger und erschöpfender Eiterungen nach Knochenschußwunden, ohne daß sonst irgendwelche belastenden Umstände im Vorleben des Kranken aufzufinden wären? Zwischen solchen leichter zu beurteilenden Fällen auf der einen wie auf der anderen Seite liegt freilich die überwiegende Mehrzahl anderer, die für eine bestimmte Entscheidung recht wenig verwertbare Anhaltspunkte bieten können. Dabei jedoch ursächliche Beziehungen zum Kriegsdienste ausschließen zu wollen, lediglich weil die Krankheitsform das waffenpflichtige Alter vorzugsweise befällt und zu gewissen Stoffwechselstörungen mehr oder weniger regelmäßige Beziehungen verrät, würde denn doch zu Folgerungen führen, die nicht nur dem Geiste unserer Fürsorgegesetze wenig entsprechen, sondern auch von der für wissenschaftliche Forschung erforderlichen Voraussetzungslosigkeit bedenklich abweichen. Wie jene Stoffwechselstörungen entstehen, wissen wir nicht; auch für sie ist die Möglichkeit, wenn nicht gar Wahrscheinlichkeit einer Herausbildung auf psychisch-nervösem Wege keineswegs anszuschließen.

Begegnen wir Unregelmäßigkeiten des Stoffwechsels doch auch bei Erkrankungen ausgesprochen psychogener Natur, unserer letzten Krankheitgruppe. Ihre Beziehungen zu den Kriegserlebnissen gelangen in einer beinahe vervierfachten Verhältniszahl der Aufnahmen zum Ausdruck, wesentlich stärker und von Jahr zu Jahr steigend beim eigenen Heere als bei den Kriegsgefangenen. Doch fehlen bei letzteren solche Erkrankungen auch nicht so gut wie ganz, wie von anderer Seite angegeben worden ist, um zu einseitiger Ableitung dieser Störungen aus Begehrungsvorstellungen verwertet zu werden. Kriegsverwundete sind in dieser Gruppe allerdings zahlreicher als in irgendeiner anderen vertreten. Bei den vorzugsweisen psychogenen hysterischen Erkrankungen sind jedoch die auf diese Verwundungen bezogenen Beschwerden erheblich zurückgetreten gegen solche von seiten der Verdauungsorgane, wofür die einförmige und ungewohnte Kriegskost verantwortlich gemacht werden wollte neben etwaigen schreckhaften Eindrücken durch Granatexplosionen, Verschüttungen, dem jähen Tod eines Kameraden u. dgl. Übermäßiges Krankheitsgefühl und gesteigerte nervöse Erregbarkeit wurden nach unserer Erfahrung meist als sehr leidige Erscheinungen empfunden; nur in einem Falle war eine unverkennbare Scheu vor



der Rückkehr zum Feldheer festzustellen gewesen. Bei der überwiegenden Mehrzahl unserer Kranken kam eine solche so wenig in Betracht, daß einzelne derselben sogar vor Begierde nach weiterer Beteiligung an den Kämpfen draußen brannten, während in keinem einzigen unserer Fälle Begehrungsvorstellungen nach einer Rente die richtunggebende Rolle gespielt haben. Durchweg hat vorzugsweise ein Versagen der Willenskraft zur Überwindung der zum tatsächlichen Befunde im Mißverhältnis stehenden eigenen Beschwerden das Krankheitsbild beherrscht; vereinzelt haben sich damit Krampf- und Lähmungserscheinungen verbunden. Besonders schwere Erkrankungen dieser Art und eine Neigung zu gegenseitiger Übertragung einzelner Krankheitserscheinungen hatten wir nicht zu verzeichnen. Nur ein ausgesprochener Zitterer ist uns aus einem Hamburger Lazarett zugegangen; doch sollen sich die Zitterkrämpfe erst auf der nächtlichen Reise hierher eingestellt haben, während der Kranke bis dahin das Bild einer reinen Hebephrenie geboten haben soll. Zielbewußte Nichtbeachtung seiner Schüttelkrämpfe, zu der sich erfreulicherweise auch die Angehörigen bestimmen ließen, hat zu ihrer Beseitigung genügt; noch nicht ganz behoben ist eine gleichzeitige Aphonie. — Bemerkenswert war in einem anderen Falle die übertriebene Furcht vor der „elektrischen Folterkammer", von der die Kunde zu dem angeblich durch Schreck gelähmten Kranken gedrungen war.

Hat der jetzige Weltkrieg hysterische Erkrankungen in einer Häufigkeit und Schwere beim männlichen Geschlecht kennen gelehrt, wie sie zuvor in Deutschland kaum jemand geahnt hatte, so wird auch kein Zweifel darüber bestehen, daß die Eigenart der kriegerischen Erlebnisse mit dafür verantwortlich zu machen ist, wenn schon eine besondere Veranlagung den Boden zur Entstehung solcher Krankheiten abgeben muß. Mag sie in angeborenen oder in erworbenen Schwächen des Nerven- und Gemütslebens gelegen sein, nachweisbar war eine solche Veranlagung stets, wenn das Krankheitsbild uns Anlaß zur Diagnose einer Hysterie gegeben hatte. Nie war sie freilich zuvor schon so hervorgetreten, um die Leute leistungsunfähig zu machen und als kriegsunbrauchbar erscheinen zu lassen, wie denn auch keiner von ihnen erkrankt war, ohne ins Feld gekommen zu sein. Dort erst haben sich die Umstände eingestellt, unter denen die Krankheit zum Ausbruch gekommen ist. Nie ist sie hier in der Form

der aus der Unfallpraxis gefürchteten Rentenhysterie zutage getreten, ohne daß diesen rein persönlichen Erfahrungen darum ein Widerspruch gegen die gewiß zweckmäßigen Vorbeugungsmaßnahmen gegen eine solche entnommen werden wollte. Zu diesen Vorbeugungsmaßnahmen gehört nur, daß man sich aus Besorgnis vor Täuschungen den Anschauungen der Laienkreise über die ursächlichen Zusammenhänge zwischen äußeren Erlebnissen und Erkrankungen nicht zu sehr verschließt, und daß man sich hütet, sie auch da doktrinär zu bestreiten, wo eine einigermaßen einleuchtende andere Erklärung nicht an ihre Stelle zu treten vermag.

Nicht so rein psychogen sind die neurasthenischen Erkrankungen, bei denen die Bewußtseinsvorgänge weit unbefangener den körperlichen Beschwerden gegenüberstehen, ohne auch hier die Kraft zu ihrer Überwindung zu finden. In unserem Friedensschema fehlt eine Rubrik für diese Formen; für gewöhnlich kommen sie hier eben nicht in Irrenanstaltsbehandlung. Bei den Heeresangehörigen, für die geeignete Nervenheilstätten nicht ausreichend zur Verfügung standen, machen sie 10 % der Aufnahmen aus. „Nicht Geisteskranke" sind bei ihnen nicht aufzuführen gewesen, weil sich die betreffenden Krankheitzustände ohne viel Zwang bei der Neurasthenie einreihen ließen. Durchweg auf eine Überspannung der verfügbaren Nervenkräfte zurückzuführen, ohne daß doch eine besondere Widerstandsunfähigkeit der Veranlagung zu erweisen gewesen wäre, beschränken sich die Neurasthenien nicht auf Kriegsteilnehmer, kamen sie auch bei übermäßigen Anforderungen des heimatlichen Heeresdienstes vor, mehr freilich im Anschluß an Feldzugserlebnisse, auch an Verwundungen und andere Unfälle; mitunter auch an Ernährungsstörungen. Gesteigerte Erregbarkeit und gemütliche Reizbarkeit kennzeichnen vorzugsweise das Krankheitbild; mangelhafter Schlaf mit viel Träumen, in denen die Kriegserlebnisse schreckhaft wiederkehren, zählen zu seinen quälendsten Seiten. Eine Zeitlang ziehen sich die lebhaften Traumgebilde noch in den wachen Zustand hinein, um doch bald in ihrer Haltlosigkeit richtig erkannt zu werden, während ihre verstimmende Wirkung nicht gleichbald überwunden werden kann. Fast durchweg nehmen diese Erkrankungen einen günstigen Verlauf. Verhältnismäßig rasch kann meist die Anstaltspflege entbehrt werden, um angemessener Beschäftigungstherapie zu weichen. Reizbare



Schwäche bleibt oft für längere Zeit, wenn nicht dauernd zurück. Von einer Wiederverwendung an der Front ist fast immer abzuraten. Die Verhältnisse, unter denen eine solche Erkrankung eingetreten war, sind zu meiden, wenn der Gefahr baldiger Rückfälle aus dem Wege gegangen werden soll.

Auch bei der Neurasthenie ist der Krieg und was er mit sich bringt vorzugsweise als auslösender Umstand anzusehen, der eine bisher verborgen gebliebene Schwäche des Nervensystems erst offenbart. Weniger als bei der Hysterie war diese zuvor schon angedeutet gewesen. Durch die Erkrankung wird auch die Persönlichkeit in ihrem Wesen weit weniger tief ergriffen. Erschöpfende äußere Verhältnisse sind in ihrer ursächlichen Bedeutung für die Erkrankung entsprechend mehr zu bewerten.

Eine Ausnahmestellung innerhalb dieser Krankheitform nehmen die Sexual-Neurastheniker ein. Hier lassen sich Unregelmäßigkeiten des Geschlechtslebens wohl stets in frühere Jahre zurückverfolgen und bedingt die Eigenart dieser Unregelmäßigkeiten, deren sich diese Psychopathen meist klar bewußt sind, eine besondere Wesensveränderung, die sich den Verhältnissen des Kriegslebens gegenüber recht verschieden verhalten kann, durch sie keineswegs etwa gefördert werden muß. So ist ein Exhibitionist, während er im Felde stand, von seinen perversen Neigungen frei geblieben, um in sie zurückzuverfallen, als er nach erlittener Verwundung im Garnisondienste Verwendung fand, während ein homosexuell veranlagter Arzt seinem krankhaften Triebe bei Ausübung seiner Lazarettätigkeit weniger Widerstand als zuvor entgegenzusetzen vermochte. Von irgendwelcher Kriegspsychose kann natürlich da keine Rede sein, wo die neurasthenischen Beschwerden so sehr in einer Veranlagung wurzeln, daß es fraglich ist, ob diese Fälle hier oder unter den Mängeln der Anlage besser unterzubringen sind.

Als letzte Krankheitform sind unter der Bezeichnung „Erschöpfungspsychosen" eine Reihe von Fällen zusammengefaßt, bei denen die äußeren Umstände durchaus dazu angetan waren, auch an ein widerstandsfähiges Nervensystem übermäßige Anforderungen zu stellen, und bei denen es in unverkennbarem Anschluß an diese zu akuten Verwirrtheitszuständen mit oder ohne Sinnestäuschungen, aber meist mit starker motorischer Erregung gekommen war, ohne



daß eine besondere Veranlagung zu ermitteln gewesen wäre. Ebenso rasch in der Regel, wie sie gekommen waren, haben sich diese Krankheitszustände auch wieder verloren, um in Genesung mit guter Krankheitseinsicht überzugehen. Weder manisch-depressive Stimmungslagen haben sie gekennzeichnet, noch irgendwelche Erscheinungen schizophrener Natur. Teilweise waren die Erscheinungen bei der Aufnahme in die Anstalt schon größtenteils wieder geschwunden. Erinnerungslücken für den überstandenen durchaus vereinzelten Krankheitsanfall bestanden fast ausnahmslos. Epilepsie konnte kaum je in Frage kommen.

Fügen sich Störungen dieser Art anderweitig nirgends ein in das System der seelischen Erkrankungen, so können auch die neuerdings erhobenen Bedenken gegen ihre Bezeichnung als Erschöpfungspsychosen nicht für stichhaltig erachtet werden. Weil man wesentlich schwerere allgemeine Erschöpfungszustände vielfach besonders auch bei den serbischen Kriegsgefangenen zu beobachten Gelegenheit gehabt hat, ohne daß sie zu geistigen Störungen geführt hätten, will man die Erschöpfung als Ursache solcher überhaupt nicht mehr recht gelten lassen. Als ob es nicht der Schädlichkeiten genug gäbe, die krankheiterregend wirken können, ohne diese Wirkung auch immer haben zu müssen. Immunität gibt es selbst gegen die gefährlichsten Krankheitskeime, warum nicht auch recht erhebliche Unterschiede der Widerstandsfähigkeit des Nervensystems gegen einen Aufbrauch von Organbestandteilen, den der eine erträgt, während andere darunter seelisch zusammenbrechen? Im Krieg und Frieden fehlt es nicht an schlagenden Beispielen für solche Verschiedenheiten in der menschlichen Natur. Nur daran muß festgehalten werden, daß nicht im Kriege allein derartige Geistesstörungen vorkommen, daß lediglich eine besondere Häufung in seinem Verlaufe zu ihrer Zusammenfassung als „Kriegspsychosen" einigermaßen berechtigen könnte. Gegenwärtig muß man sich dabei nur halten, daß weder ihre Erscheinungsweise von besonderer Eigenart ist, noch auch andersartige Geisteskrankheiten bei Kriegsteilnehmern fehlen. Nicht auszuschließen ist endlich, daß diese meist flüchtigen geistigen Störungen nur einen ersten Anfall von Erkrankungen darstellen, die früher oder später eine anderweitige Einreihung erheischen. Dann wird auch die Frage brennender werden, inwieweit Krankheitsrückfälle einen solchen Zu-

sammenhang mit dem Kriege aufweisen, daß Entschädigungsansprüche sich noch darauf begründen lassen. Zunächst kommen solche bei dem fast immer günstigen Krankheitverlaufe nur ausnahmsweise in Betracht. —

Haben die hiesigen Erfahrungen bestätigt, daß weder eine ungewöhnliche Häufung krankhafter Störungen der Geistestätigkeit bei den Heeresangehörigen erwiesen ist, noch besondere dem Kriege eigentümliche Krankheitsformen zu beobachten gewesen sind, so war doch festzustellen, daß in der Verteilung der Erkrankungen beim Zugang aus dem Heere Unterschiede gegenüber den Friedenszeiten unverkennbar sind. Sie lassen sich nicht lediglich aus äußeren Begleitumständen des Krieges ableiten, weisen vielmehr deutliche Beziehungen zu seinen Gefahren und Strapazen auf. Geltend machen sie sich in einem bemerkenswerten Anwachsen der schizophrenen, einer wesentlichen Vermehrung der psychogenen Formen bei der zum Heeresdienste herangezogenen männlichen Bevölkerung; ihr gegenüber treten Erkrankungen auf organischer, intoxikatorischer und ererbter Grundlage entsprechend zurück. Für die Zunahme der ersteren kommt der Krieg und was er mit sich bringt kaum je als alleinige, sondern mehr oder weniger als auslösende Gelegenheitsursache in Betracht. Als ausschließliche und eigenartige Kriegspsychosen können nur die in ihm erworbenen unmittelbaren psychischen Schädigungen durch Verletzungen des Gehirns und seiner Hüllen angesprochen werden. Auch bei ihnen wird so wenig wie bei den sonstigen Geistesstörungen dem Inhalt der Psychose eine Bedeutung für ihre ursächlichen Beziehungen zugeschrieben werden dürfen. Der verhältnismäßig günstige Verlauf der meisten Erkrankungen, auch solcher, die nicht mehr zu voller Ausheilung kommen, darf als ein neuer Beweis für die Wichtigkeit frühzeitiger Krankenfürsorge gelten, wie sie sich im Heeresdienste um der Schlagfertigkeit und Zuverlässigkeit der Truppen willen rascher einzustellen pflegt als im bürgerlichen Leben.

Briefgeheimnis und praktische Psychiatrie.

Von

Direktor Dr. **Max Fischer**-Wiesloch.

Der § 299 des Deutschen Reichs-Strafgesetzbuchs lautet:

„Wer einen verschlossenen Brief oder eine andere verschlossene Urkunde, die nicht zu seiner Kenntnisnahme bestimmt ist, vorsätzlich und unbefugterweise eröffnet, wird mit Geldstrafe bis zu 300 M. oder mit Gefängnis bis zu 3 Monaten bestraft. Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein."

Das Postgesetz sagt im § 5: „Das Briefgeheimnis ist unverletzlich." Es verpflichtet jedoch nur die im Dienste der Post angestellten Personen und kann für unsere Zwecke außer Betracht bleiben.

Hier interessiert uns vielmehr nur die Frage, wie die Anstaltspsychiatrie in der Praxis sich mit den Bestimmungen des § 299 auseinandersetzt. An den Irrenanstalten besteht wohl allgemein die Übung, daß in erster Linie im Interesse der Kranken selbst, dann in dem ihrer Angehörigen und der Allgemeinheit überhaupt, schließlich im Interesse der vielerlei Behörden und auch der Anstaltsleitung die Korrespondenz der Kranken, sowohl die an sie einlaufende als die abgehende, der ärztlichen Kontrolle unterworfen wird, und zwar von den beiden Gesichtspunkten aus, einmal ob die eingehenden Briefschaften für den Kranken und seinen Heilverlauf nichts Schädigendes enthalten, und zweitens ob die abgehenden Briefe durch die Art ihrer Abfassung, d. h. durch ihre Krankheitsäußerungen nicht den Kranken selbst unnötig bloßstellen oder der Familie bzw. Bekannten Ungelegenheiten und Aufregungen bereiten, ob sie durch die darin enthaltenen Wahnvorstellungen, Verkehrtheiten oder Unrichtigkeiten nicht auch in weiteren Kreisen Verwirrung und unnötige Weiterungen anstiften können.

Es fragt sich, ob wir Ärzte dem Gesetze des Briefgeheimnisses gegenüber zu diesem Vorgehen berechtigt sind. Daß wir damit etwas durchaus Nötiges und eigentlich Selbstverständliches unternehmen,

ist ohne weiteres klar, wenn wir die Folgen einer etwaigen Unterlassung der Kontrolle dieser Krankenkorrespondenz überdenken.

Durch ungeschickt abgefaßte Briefe können unsere Kranken zweifellos in ihrer Gesundheit ernstlich benachteiligt oder in schwere Rückfälle, sogar Selbstmordversuche getrieben werden. Es ist daher erste ärztliche Pflicht (nihil nocere), solche üblen Einwirkungen von den Kranken fernzuhalten. Wie durchans uötig diese Durchsicht der eingehenden Briefe ist, können wir Irrenärzte beinahe täglich feststellen. Es ist kaum glaublich, was darin an Ungeschick, an Zweck- und Sinnwidrigkeit, ja sehr oft an Gemütsroheit und die edelsten Gefühle des Kranken Verletzendem mitunter von Angehörigen und Freunden geboten wird. Alle derartigen Einkünfte müssen wir von unseren Kranken abhalten; sie werden meistens unter geeigneter Belehrung, die allerdings nicht immer fruchtet, sondern ebensooft unwillig als unberufene Einmischung in ihre Angelegenheiten aufgenommen wird, an die Angehörigen zurückgesandt. Wir Ärzte können uns durch unseren Beruf zu diesem Eingriff für befugt ansehen; er ist bei unseren Geisteskranken so angezeigt wie irgendeine andere irrenärztliche Maßnahme und so nötig wie irgendein Eingriff bei körperlich Kranken, und wäre es der schwerwiegendste. Vor unserem ärztlichen Gewissen können wir unser Handeln also durchaus verantworten. Wir können zwar nicht sagen, daß die ankommenden Briefe zu unserer Kenntnisnahme bestimmt seien; es ist aber aus Gründen ärztlicher Behandlung, d. h. als Vorbeugemaßregel, um die Kranken vor Gesundheitsschädigungen zu bewahren, unerläßlich, daß wir den Inhalt der Briefe vorher kennen lernen, ihn kontrollieren und unter Umständen zurückhalten. Die Kontrolle und Eröffnung geschieht also zwar vorsätzlich, aber in bester Absicht und zum Wohle des Betreffenden, und sie geschieht nicht unbefugterweise, sondern in Ausübung unseres ärztlichen Amtes. Trotz dieser guten Stellung, die wir vor uns selbst bei unserem Vorgehen haben, und der guten Gründe, die wir dafür geltend machen können, scheint es mir indes nicht ausgemacht, daß wir vor dem Gerichte, vor jedem Gerichte und vor jedem Richter, je nach seiner Stellungnahme zur Materie, damit recht behalten würden. Der § 299 klingt doch recht bedrohlich[1]).

[1]) Vgl. diese Ztschr. Bd. 65, S. 166: Arzt einer Privatanstalt wegen Eröffnung von Briefen an einen Kranken verklagt; Einstellung des Verfahrens.





Sowohl der Kranke selbst, falls er verfügungsfähig ist, wie besonders der Briefschreiber — es gibt darunter sehr rechthaberische Leute — können sich zu einem Antrag auf Strafverfolgung für vollkommen berechtigt halten und werden unter Umständen damit auch durchdringen, wenn der Richter unsere Begründung je nach Lage des Einzelfalls nicht anzuerkennen vermag. Man kann wohl sagen, es handelt sich bei den Kranken meist um Unzurechnungsfähige, und wir Ärzte müssen für sie denken und sorgen. Der Briefschreiber aber gehört in der Regel nicht zu den Unzurechnungsfähigen und wird unter Umständen sein Unrecht und den Schaden, den er anstiften würde, gar nicht anerkennen, sondern auf seinem Scheine, d. h. auf dem Recht, das ihm der § 299 verleiht, beharren.

Man kann auch sagen, dadurch, daß der Kranke in die Anstalt eintritt, und zwar auf Antrag seiner Angehörigen, nehmen er und sie stillschweigend alle Bedingungen auf sich, die von der Anstaltsleitung aus ärztlichen Gründen und zum Wohle des Kranken festgesetzt sind. Dieselben unterliegen ja auch der Billigung der vorgesetzten staatlichen Behörde oder sind von ihr stabiliert. Ob wir Irrenärzte dadurch aber vollkommen gedeckt sind, erscheint mir immerhin einer näheren Prüfung auch durch juristische Sachverständige wert.

Eine andere Frage ist die, wie es mit Zustellungen von Behörden, Gerichten usw. an Geisteskranke zu halten sei. Auch dafür werden die schon bezeichneten Gesichtspunkte, wenigstens nach ärztlicher Ansicht, Geltung behalten sollen, wenn dem Kranken kein Schaden zugefügt werden soll. In der Tat haben wir schon solche Zustellungen, zu deren Öffnung und Kontrolle wir uns im Interesse des Kranken und kraft unseres ärztlichen Amtes für befugt halten, zurückgewiesen, wenn sie uns zur Abgabe ungeeignet schienen, und haben den Behörden eine andere, mildere oder allgemeinere Form der Abfassung empfohlen, zumal eine eingehende Begründung unter Darlegung der Krankheitsäußerungen meist ohnehin als unnötig umgangen und der Kranke damit verschont werden kann. In der Regel sind wir damit auch durchgedrungen. Es wäre aber zu wünschen, daß allgemein so verfahren würde und generelle gesetzliche Bestimmungen darüber zum Schutze unserer Kranken getroffen würden. Wie sollen wir uns aber verhalten, wenn das Gericht entgegen unseren ärztlichen Intentionen auf der Zustellung des nach unserer Ansicht für das Befinden des Kranken nach-



teiligen Schriftstücks besteht? Hier ergibt sich ein Konflikt zwischen ärztlicher Verantwortung und juristischer Notwendigkeit. Welches ist nun der höhere Gesichtspunkt, der vorzugehen hat, und wer entscheidet darüber, welcher es sei, der ärztliche oder der juristische? Für uns Ärzte ist es natürlich der ärztliche; wir können und dürfen die Hand nicht dazu bieten, daß der uns anvertraute Kranke, sei es auch nur vorübergehend, einer Verschlimmerung seines Befindens ausgesetzt wird. Wir sind verpflichtet, sie fernzuhalten, und machten uns strafbar, wenn wir es nicht täten.

Ganz ungeeignet ist ferner die vielfach angewendete Form des Anschreibens in der Zustellung· „An den Geisteskranken A. B.“ Da sehr viele unserer Kranken sich für alles andere denn für geisteskrank halten und zwar gerade infolge ihrer unkorrigierbaren, wahnhaften Vorstellungen zu dieser Einsicht gar nicht fähig sind, so liegt darin gegen sie eine große Härte und Rücksichtslosigkeit, die auch von vielen als solche bitter empfunden wird und geringere oder stärkere Erregungszustände auslöst. Solche schlimme Folgen können durch einfache Weglassung der hier ganz unnötigen Bezeichnung: „der Geisteskranke“ vermieden werden.

Der zweite Hauptpunkt unseres Themas betrifft nun die abgehende Korrespondenz unserer Kranken. Hier ergibt schon die einfachste Überlegung, daß wir nicht wahllos die gesamten Schriftlichkeiten unserer Kranken absenden können. Wo kämen wir hin, wenn Einzelpersonen und Behörden mit alldem überschwemmt würden, was unsere Kranken in ihrem Drange an sie gelangen lassen möchten? Sehr viel von diesen Krankheitsäußerungen würde ohne weiteres für wahr oder wenigstens teilweise für richtig gehalten und einer Entgegnung, eines Protestes, einer Beleidigungsklage oder gar einer Untersuchung gegen Personal, Ärzte und Leitung der Anstalt für durchaus wert befunden werden. Wir können mit reichlicher Erfahrung aufwarten, wie unvernünftig das Publikum Erzählungen von Geisteskranken auffaßt und verwertet. Eine Unmasse von Schreibwerk und unangenehmen Weiterungen jeder Art, Erhebungen, Einleitung gerichtlicher Verfahren, deren Zwecklosigkeit erst zu spät an den Tag käme, wären die unausbleibliche Folge. Hier ist also von vornherein eine ganz wesentliche Beschränkung nicht nur erlaubt, sondern geradezu geboten sowohl im allgemeinen Interesse wie in dem persönlichen des

Kranken selbst und seiner Familie, und zwar auch dann, wenn der Kranke das nicht einsehen will und auf der Absendung seiner Schriftstücke besteht.

Viele Schriftstücke werden uns von unseren Kranken ja auch zwecks Kontrolle offen abgeliefert. Der Absender bekundet damit, soweit er verfügungsfähig ist, daß er uns das Recht der Einsichtnahme, vielleicht auch der Prüfung des Inhalts zugestehen will, keinesfalls aber oder nur selten das der Zurückbehaltung. Dieses Recht wird vielmehr ohne weiteres auch bei verfügungsfähigen Kranken von uns usurpiert. Der vom Kranken angegebene Empfänger wäre wohl nur selten damit einverstanden. Beide aber, der Briefschreiber wie der Empfänger, sind nach der Gesetzesauslegung als zum Strafantrage gemäß § 299 berechtigt anzusehen. Unsere Position ist also in Wirklichkeit keine ganz unantastbare, wenn wir uns auch keines praktisch gewordenen Falls eines Strafverfahrens entsinnen. Aber auch die verschlossen abgegebenen Briefe unserer Kranken öffnen wir, eigentlich unter Verletzung des Briefgeheimnisses. Wir fühlen uns nur durch die allgemeine Übung, die gute ärztliche Absicht und die Überzeugung gedeckt, daß damit eine im allgemeinen Interesse notwendige Maßnahme geschieht.

Im übrigen scheint uns hier der § 299 des StGB. (Briefgeheimnis) mit seinem folgenden Nachbar, dem § 300 über das ärztliche Berufsgeheimnis, gewissermaßen in Konkurrenz und zugleich in Konflikt zu treten. Im Verfolg des § 300 dürften wir Schriftlichkeiten, die wir als Krankheitsäußerungen auffassen, und die uns Ärzten als solche, wenn auch mitunter vom Kranken ungewollt oder unbewußt, übergeben und anvertraut werden, eigentlich nicht ohne weiteres Andern, selbst wenn sie vom Kranken als Empfänger bezeichnet sind, überantworten, zumal ihre Preisgabe seinen eigenen Interessen häufig zuwiderläuft. Wir halten wenigstens vom ärztlichen und irrenärztlichen Standpunkt aus diese Auffassung für sehr wohl vertretbar und glauben sie auch gegenüber dem § 299 aufrechthalten zu sollen, wobei wir allerdings wieder die Rolle des Beschützers und Fürsorgers des Kranken, unter Umständen auch gegen seinen Willen, übernehmen. Wer anders sollte dies Amt seiner Interessenwahrung aber an unserer Stelle in diesem Falle ausüben?

Indessen mag diese Auslegung manchem zu gezwungen vorkom-

men; keineswegs könnte sie generelle Gültigkeit beanspruchen, sondern nur von Fall zu Fall auf Grund des Inhalts der einzelnen Schriftstücke Platz greifen. Denn allgemein ist ein dem Arzte zur Beförderung verschlossen übergebener Brief eben kein anvertrautes ärztliches Privatgeheimnis, und wenn er einen derartigen Brief an seine Adresse absendet, so offenbart er damit also nicht unbefugt ein Privatgeheimnis, im Gegenteil, er behütet damit das Briefgeheimnis gemäß § 299. Und doch kann diese Überlegung nicht den § 300 einfach aus dem Wege räumen; auch er ist da und muß seinem Geiste nach gewahrt werden. Auch hier handelt es sich um die gegenseitige Abwägung, was vorangehen soll, d. h. welches der höhere rechtliche und sittliche Gesichtspunkt ist, dem zur Geltung zu verhelfen ist, der streng juristische, der das Briefgeheimnis trotz der Folgen für den Schreiber wahrt, oder der ärztliche, der den Menschen in seiner Geisteskrankheit vor Profanierung seiner Gefühle und vor Schaden schützt und damit im Geiste höherer Humanität handelt.

Im Großherzogtum Baden sind wir nun bei unserer Kontrolle der Krankenkorrespondenz noch weiter gedeckt durch die Vollzugsverordnung zum Irrenfürsorgegesetz vom 30. Juni 1910, die im § 29 bestimmt:

„1. Ob und welche Briefe der in öffentlichen Irrenanstalten untergebrachten Kranken an ihren Bestimmungsort weiterzuleiten sind, unterliegt der Entscheidung der Anstaltsdirektion; zu diesem Zweck ist sie befugt, geschlossene Briefe zu öffnen. Der Briefwechsel des Kranken mit seinem Vormund und den in § 2 Ziffer 2 des Gesetzes bezeichneten nächsten Angehörigen soll in der Regel nicht beschränkt werden.

2. Eingaben an das zuständige Bezirksamt (§ 6 des Gesetzes) und an den Verwaltungsgerichtshof (§ 9 Abs. 2, Satz 3, Abs. 3, § 4 Abs. 2 und § 5 Abs. 3 des Gesetzes) sind diesen Behörden zu übermitteln; Beschwerden und Rekurse gegen bezirksamtliche Entschließungen sind dem Bezirksamt zur weiteren Behandlung zu übersenden. In den dazu geeigneten Fällen wird die Anstaltsdirektion eine kurze Mitteilung über den Zustand des Absenders, insbesondere darüber beifügen, ob der Kranke etwa geschäftsunfähig ist.“

Wir vermuten, daß in andern Bundesstaaten ähnliche Bestimmungen, wenigstens in der Hausordnung der Anstalten, bestehen[1]). Eine Ministerialverordnung wie die unsrige hat jedenfalls den Vorzug

[1]) *Moeli*, Fürsorge für Geisteskranke und geistig Abnorme, 1915, S. 111—12 und 134.



größerer Gewichtigkeit. Wo solche Bestimmungen überhaupt nicht bestehen, empfiehlt sich deren Einführung. Unsere badische Verordnung über die Behandlung der Briefe unserer Kranken und über das Beschwerdewesen hat sich als sehr heilsam erwiesen. Wir Ärzte haben damit einen festen Boden unter uns und sind in der Lage, sowohl unsere Kranken wie auch ihre Angehörigen immer wieder auf den darin vorgeschriebenen Weg zu verweisen. Wir können aber auch, wo immer es für den Kranken nötig ist, unsere ärztlichen Rechte und Gesichtspunkte wahren. Die Eingaben unserer Kranken an Behörden finden so auf einfachem Wege ihre Beförderung und Erledigung. In der Praxis sind wir sogar darin noch weiter gegangen und lassen gewöhnlich außer den Schreiben an die in der Verordnung bezeichneten Behörden auch den Eingaben und Beschwerden an Gerichte, Staatsanwaltschaften usw. freien Lauf. Es hat sich auf diese Weise in der formalen Behandlung solcher Eingaben eine Übung herausgebildet, bei der alle Teile zu ihrem Recht kommen. Der Kranke findet in dem eigenen Verkehr mit der Behörde und in der Beantwortung seiner Anfragen die Berücksichtigung, die er sich wünscht, und die ihm je nach seinem Falle zukommt; die Anstaltsleitung wird durch die Mitwirkung der betreffenden Behörde in der Behandlung des Kranken unterstützt, und die angegangene Behörde selbst hat die Gelegenheit, die ihr vorgetragenen Beschwerden, je nach ihrer Würdigung im Einzelfalle, bald kürzer durch einen einfachen Bescheid an den Kranken, bald eingehender durch Erhebungen und Überprüfung zu behandeln. Bei alledem ist freilich noch gar nicht gesagt, daß eine derartige Verordnung uns vollkommen sichert; denn ihr gegenüber wird der § 299 auf alle Fälle als die höhere Norm zu gelten haben, und im Klagefalle wird er die Verordnung ohne weiteres aufheben; denn Reichsrecht geht vor Landesrecht. Immerhin wird der § 29 der Vollzugsverordnung das Bewußtsein der Rechtswidrigkeit und damit den Tatbestand des § 299 des RStGB. — die Vorsätzlichkeit — so lange ausschließen, als dieser § 29 unserer Verordnung nicht gerichtlicherseits endgültig für nicht rechtsverbindlich erklärt worden ist. Andrerseits dürfen wir zu unseren Staatsanwälten und Gerichten das Vertrauen haben, daß sie weder unvernünftige Anklagen erheben noch Anträgen und Beschwerden der Antragsberechtigten ohne genaue Prüfung Folge geben werden.

Auch hier wird man überdies wiederum geltend machen können,



daß die Kranken, die sich unter der Wirksamkeit des I.-F. Gs. und seiner Vollzugsverordnung in die Anstalten begeben, bzw. ihre Angehörigen, die sie dahin verbringen, damit sich auch den bestehenden behördlichen Maßnahmen und Verordnungen stillschweigend unterordnen. Und damit können wir uns wohl bei unserem Handeln beruhigen, wenn die Lage auch noch nicht als endgültig geklärt anzusehen ist. Eine reichsgesetzliche Regelung wäre sicher vorzuziehen.

Was nun unsere ärztliche Aufgabe bei der Durchsicht der Krankenkorrespondenz anlangt, so ist bei vielem, was uns von unseren Kranken an Schriftlichkeiten zwecks Absendung vorgelegt wird, unsere Entscheidung glücklicherweise leicht zu fällen. Ein großer Teil davon ist nämlich seiner ganzen Natur nach einfach nicht absendbar, weil es offenkundige Entäußerungen der Krankheit sind, verworren, sinnlos, phantastisch, aus Wahngebilden, melancholischen Selbstanklagen usw. zusammengesetzt, oft auch weder der Form noch dem Inhalt nach als Brief gehalten und schon darnach zur Versendung nicht geeignet. Von den Kranken selbst ist zwar dabei sicher manches zum Absenden berechnet und wird sogar für sehr bedeutsam gehalten, aber doch nur aus wahnhaften oder verkehrten Gründen. In Wirklichkeit handelt es sich, wie gesagt, um Krankheitsgebilde, die als solche nur für den Arzt von Interesse und nur durch ihn verwertbar sind; sie gehören wie andere mündliche oder schriftliche Äußerungen der Kranken oder wie die ärztlichen Aufzeichnungen selbst der ärztlichen Krankengeschichte zu, mitunter als sehr wertvolle und unentbehrliche Bestandteile. In solchen Fällen ist die Entscheidung für uns also einfach. Derartige Zeugnisse tiefer Krankheit sind in der Regel, falls nicht wieder besondere ärztliche Interessen die Versendung fordern, auszuscheiden. Die Bekanntgabe an Dritte wäre ja auch gegen das eigentliche Interesse des Kranken und würde gegen die Pflicht der ärztlichen Geheimhaltung verstoßen. Mag er auch jetzt in und wegen seiner Krankheit die Absendung fordern, so würde der Kranke doch, wenn wir ihn einmal als gesund urteilend annehmen, den Brief weder so verfassen, noch seine Besorgung wünschen, sie vielmehr mit allen Kräften zu verhindern bestrebt sein. Diese Überlegung muß von uns, die wir mit der Fürsorge des Kranken betraut sind, an seiner Stelle — er ist ja durch seinen Zustand dazu unfähig — angestellt werden und muß für unser Handeln maßgebend sein. Viele unserer Pfleglinge sind ja

auch nicht als geschäftsfähig oder verfügungsfähig zu erachten; wir können also wohl sagen, daß ihr Wille auf Absendung der Schriftlichkeiten als ungültig anzusehen ist und auch daher außer acht bleiben kann.

Da erhebt sich aber sofort der Einwand, daß eigentlich nicht wir Ärzte die Geschäftsfähigkeit festzustellen haben, sondern der Richter. Bei unseren Entscheidungen über Absendung oder Nichtabsendung der Briefe unserer Kranken nehmen wir also unter Umständen ein Recht, das uns eigentlich nicht zukommt, vorweg. Wer anders soll aber diese nötige Kontrolle sonst ausüben? Sie gehört mit in unser ärztliches Fürsorgerecht, das zugleich auch eine ärztliche Pflicht ist, hinein. Freilich liegt die Frage der Verfügungsfähigkeit nicht immer so einfach. Es gibt recht intrikate Grenzfälle, und diese machen uns am meisten zu schaffen. Querulanten, Kriminelle, Psychopathen, Hypomanische, also mitunter sehr kritikfähige Kranke entwickeln wegen der Absendung ihrer Korrespondenz oft eine große Hartnäckigkeit und bereiten dem Arzte Schwierigkeit auf Schwierigkeit, sowohl wenn er die Briefe absendet, durch die daraus entstehenden Folgen, als auch, wenn er sie zurückbehält, durch das fortgesetzte Querulieren und Beschwerdeerheben wegen der Beschränkung. Hier ist ein großes Maß von ärztlichem Takt, von Umsicht und Voraussicht nötig, um im Einzelfalle jeweils das Richtige zu treffen.

Eine besondere Rolle im Leben der Geisteskranken spielen die Beschwerden und Eingaben an Behörden, sei es der Verwaltung, seien es gerichtliche, den Hof, den Monarchen, in der Mehrzahl gleichfalls ausgehend von den oben bezeichneten Krankenkategorien, insbesondere den Kriminellen. Diese Schreiben können infolge ihrer Häufung für alle Beteiligten zu einer wahren Landplage werden. Und doch lassen sich nicht alle damit abtun, daß man sie als Krankheitsäußerungen zur Krankengeschichte gibt. Damit würden sich gerade diese Kranken am allerwenigsten zufrieden geben. Auch für unser ärztliches Handeln an ihnen ist es fördernder, wenn wir ihre Eingaben zwar nicht alle regelmäßig, so doch von Zeit zu Zeit mit Auswahl weitergeben, selbst wenn der Inhalt es nicht gerade nötig machte. Wo wir ein Recht der Kranken anerkennen, soll es natürlich immer geschehen, selbst wenn der Inhalt gegen uns gerichtet ist. Die Beförderung dieser Eingaben, auch bei durchaus krankhaftem Inhalt,



halten wir gerade diesen Kranken gegenüber für ein sehr gutes Ventil zur Entladung ihrer Affekte und Stimmungen, das wir in der Behandlung nicht missen möchten. Sie treten dadurch in Verbindung mit den Behörden, erhalten Antworten und Bescheide, die, selbst wenn sie gegen ihre Erwartungen ausfallen, doch befreiend wirken und sie von ihrer Idee der Freiheitsberaubung, Unterdrückung usw. wenigstens zeitweilig ablenken können. Die Kranken werden so darauf hingeführt, daß nicht wir allein als ihre „Kerkermeister" ihnen alles abschlagen, sondern daß aus guten Gründen die ganze staatliche Ordnung ihren Absichten infolge ihrer besonderen Art und Formung entgegensteht. Wir erkennen somit in diesem Verfahren ein gesundes und wohltätiges Korrigens.

Außerdem halten wir es für ganz gut und richtig, daß die Verwaltungs- und Gerichtsbehörden, die auch sonst mit dem Anstaltswesen und den Geisteskranken in Berührung stehen, auch in diesen Fragen der Irrenfürsorge, die ihr eigenes Fach berühren, sich betätigen und uns in der Hinleitung unserer Kranken auf gesunde Bahnen im Denken und Handeln beistehen, selbst wenn sie damit verschiedene Unannehmlichkeiten, Weitläufigkeiten und Schwierigkeiten auf sich nehmen müssen. Es ist nicht gerade nötig, daß der Anstaltsdirektor diese alle ungeschmälert auf sein sündig Haupt ergehen läßt; er hat am andern gerade noch genug zu tragen.

Noch ist eine letzte Frage zu beantworten:

Was geschieht mit den Schriftlichkeiten der Kranken, die nicht abgesandt werden? Was für die ärztliche Krankengeschichte von Wert ist, wird natürlich dort aufbewahrt. Aber auch andere wichtige Aufzeichnungen des Kranken, die als seine Willenserklärungen irgendwann einmal wirtschaftliche, soziale oder rechtliche Bedeutung erlangen können, werden gut zu verwahren sein, damit der Kranke oder seine Angehörigen sie auf Verlangen wieder ausgefolgt bekommen können. Wo ein Vertreter, Pfleger, Vormund für den Kranken bestellt ist, wird man gut daran tun, alle irgendwie wichtigen Dokumente alsbald ihm zu überantworten. Bei anderem Verhalten, d. h. bei Einbehaltung dieser Schriftlichkeiten, würde sich der Arzt oder der Anstaltsleiter je nach dem Inhalt des betreffenden Schriftstücks, insbesondere wenn es als Beweismittel für eine rechtlich erhebliche Tatsache dienen kann, der Verfolgung nach § 133 und 348 (Vernichtung



einer einem Beamten amtlich übergebenen Urkunde) aussetzen. Bei aller Vorsicht und Sorgfalt in der Behandlung dieser Schriftlichkeiten wird es aber immer noch vieles (wertlose Konfabulationen, endlose Wiederholungen verworrenen oder schwachsinnigen Inhalts) geben, die man unbedenklich wird vernichten können, nachdem sie die ärztliche Kontrolle durchlaufen haben und für die Krankengeschichte als wertlos befunden worden sind. Dabei ist jedoch dio Vorsicht zu gebrauchen, daß diese Sachen nicht in unberufene Hände, z. B. auch nicht in die anderer Pfleglinge fallen, sondern aus der Hand des Arztes möglichst unmittelbar oder nur durch einen berufenen Gehilfen dem alles reinigenden Feuer überantwortet werden.

Eines läßt sich allerdings bei dieser ganzen Regelung nicht umgehen. Dem Arzte bzw. dem Anstaltsleiter muß in diesen Dingen ein weiter Spielraum und eine nicht geringe Vollzugsgewalt über seine Kranken überlassen bleiben. Er entscheidet dabei über sehr wichtige Dinge, über die Behandlung von Schriftlichkeiten, die zwar vielfach keine, unter Umständen aber weittragende Bedeutung haben; darüber, ob sie ihren ungehinderten Weg nach auswärts auf der vom Schreiber beabsichtigten Bahn nehmen sollen oder entgegen ihrem Zwecke in den Archiven der Anstalt zu verbleiben haben oder aber vernichtet werden. Es geht also dabei, streng genommen, einfach um die Verfügungsfähigkeit des Patienten, und zwar je nachdem in recht einschneidender Form und in wesentlichen persönlichen Angelegenheiten der Beteiligten. Und doch wird an diesen Verhältnissen kaum etwas zu ändern sein. Wir wüßten wenigstens keinen Ausweg. Dem ärztlichen Leiter einer Irrenanstalt wird immer ein großes Maß von Verantwortung über die ihm anvertrauten Kranken verbleiben müssen. Publikum und Behörden müssen ihm das Vertrauen entgegenbringen, daß er sein Amt, wie in andern Seiten seiner Tätigkeit, so auch in der hier beschriebenen sowohl zum Wohle seiner Kranken wie zum Schutze öffentlicher Interessen auszuüben weiß und von dieser Richtschnur nicht abgeht. Der ärztliche Direktor ist auch ohne richterliche Bestallung eine Art Generalpfleger oder Generalvormund[1]) seiner Kran-

[1]) Schon früher habe ich in meiner Schrift „Der Schutz der Geisteskranken in Person und Eigentum", allerdings in ganz anderem Zusammenhange und in anderer Form, die Forderung solcher Generalpfleger aller in der Anstalt befindlicher Kranken erhoben (S. 55), nicht zum Schutze

ken, die ja auch ohne Entmündigungsverfahren und ohne Richterspruch in der Tat vielfach unzurechnungsfähig und unmündig wie Kinder sind und wie solche betreut werden müssen. Die Direktoren sind sich, das darf ich wohl allgemein sagen, dieser außerordentlichen Verantwortlichkeit in ärztlicher, menschlicher, sozialer und juristischer Hinsicht sehr wohl bewußt, wenn ihre Funktionen auch nirgends gesetzlich festgelegt sind. Obwohl wir eine derartige Normierung nicht gerade für notwendig, ja für unser ärztliches Handeln nicht einmal für förderlich und wünschenswert halten, so war es doch wohl nicht unnütz, hier auf diese Fürsorgebefugnis der Anstaltsärzte und Direktoren über ihre Kranken, wie sie in der Natur der Sache liegt, hinzuweisen.

Sie geht über das bei allen körperlichen Kranken und unter allgemeinen Krankenhausverhältnissen vorhandene Maß weit hinaus, weil es sich dort um meist selbstbestimmungsfähige Menschen handelt, während bei unseren Geisteskranken dieses Kriterium nicht ohne weiteres gegeben, sondern im Gegenteil zum mindesten strittig ist und in der Tat bald vom Kranken selbst infolge seiner krankhaften Geistesverfassung, bald von seinen Angehörigen und andern in Verkennung des wahren Sachverhalts und nicht selten im Gegensatz zum Facharzte umstritten wird.

Das natürlich gegebene und notwendige Bestimmungsrecht der Anstaltsdirektoren jeweils über viele Hunderte von Geisteskranken, die teils gänzlich unzurechnungsfähig und geschäftsunfähig, teils aber vollständig ihrer Sinne mächtig und verfügungsfähig, teils beides nur in mehr oder weniger beschränktem Maße, teils wieder zeitweise bald verfügungsfähig bald nicht sind, wird von der Allgemeinheit der Ungebildeten und Gebildeten viel zu wenig beachtet und gewürdigt. Selten nur finden wir wahre Teilnahme und ein volles Verständnis für die enormen Schwierigkeiten, unter denen wir wirken, und für die Fülle der Verantwortung, die auf uns lastet.

Gerade wir Irrenärzte bedürfen bei der geschilderten Besonderheit und Eigenart der Verhältnisse, wie sie sich aus der Fürsorge für

gegen die Irrenärzte natürlich, sondern um die Kranken vor Schaden in ihren häuslichen, sozialen und rechtlichen Verhältnissen zu behüten. Vielleicht wird dieser Gedanke einmal von juristischer Seite wieder aufgenommen!



eine große Zahl von geistig Abnormen an demselben Orte ergibt, einerseits des Vertrauens und anderseits der verständigen Mitarbeit und Unterstützung durch die Öffentlichkeit weit mehr wie jeder andere Beruf. Darum ist es gut und nötig, daß auch weitere Kreise, insbesondere auch die Verwaltungs- und Gerichtsbehörden, sich mit diesen allgemeinen Fragen des Irrenrechts und Irrenschutzes noch mehr wie seither befassen. Die Laienwelt soll erkennen, daß die Interessen der Geisteskranken auch von Sachverständigen anderer Fakultäten nach eigener Prüfung und in Zusammenarbeit mit den Fachärzten gewahrt werden. Besonders angesichts der oft schweren Erkennbarkeit der wirklichen Zusammenhänge zwischen Geisteskrankheit und Zurechnungsfähigkeit oder Geschäftsfähigkeit — sie sind in jedem einzelnen Falle erst zu ergründen —, ist eine solche Mitarbeit der Besonnenen und Einsichtigen, die uns Irrenärzten ohne Voreingenommenheit gegenüberstehen und der Aufklärung im Vereine mit uns dienen sollen, eine oft erhobene, aber leider noch keineswegs voll erfüllte Forderung. Wir halten es für unsere Aufgabe, ihr immer wieder das Wort zu reden, weil wir ihre Durchführung für alle Teile, die Kranken, die Allgemeinheit und für unser eigenes gedeihliches Wirken an den Anstalten, für unerläßlich ansehen.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

15. Jahresversammlung (Kriegstagung) des Vereins Norddeutscher Psychiater und Neurologen in Hamburg-Friedrichsberg am 16. Juni 1917.

Anwesend (nach der Liste): *Antoni*-Heidelberg, *Arning*-Hamburg, *Auer*-Kiel, *Benning*-Rockwinkel, *Bischoff*-Hamburg-Langenhorn, *Boettiger*-Hamburg, *Brinitzer*-Altona, *Buchholz*-Hamburg-Friedrichsberg, *Calzia*-Hamburg, *Cayet*-Hamburg, *Cimbal*-Altona, *Cohen*-Hamburg-Friedrichsberg-*Dabelstein*-Neustadt i. H., *Delbanco*-Hamburg, *Delbrück*-Bremen, *Dräseke*, Hamburg, *Enge*-Lübeck-Strecknitz, *Ewald*-Rostock-Gehlsheim, *Gärtner*-Kiel, *Gennerich*-Kiel, *Glüh*-Hamburg-Friedrichsberg, *v. Grabe*-Hamburg-Friedrichsberg, *Holzmann*-Hamburg, *Jacobsthal*-Hamburg, *Kafka*-Hamburg-Friedrichsberg, *Kammer*-Harburg, *Klehmet*-Hamburg, *Kleist*-Rostock-Gehlsheim, *Knack*-Hamburg, *Körtke*-Hamburg-Langenhorn, *Kroemer*-Schleswig, *Küster*-Altona, *Lichtwitz*-Altona, *Lienau*-Hamburg, *Lüdemann*-Hamburg-Langenhorn, *Martineck*-Berlin, *Metz*-Altona, *Meyersohn*-Schwerin, *Nast*-Kiel, *Nau*-Hamburg, *Neidhardt*-Altona, *Neuberger*-Hamburg-Langenhorn, *Nonne*-Hamburg, *Passow*-Hamburg, *Peltzer*-Bremen, *Rautenberg*-Hamburg-Friedrichsberg, *Reimers*-Wandsbek, *Repkewitz*-Schleswig, *Riedel*-Lübeck, *Rische*-Lübeck, *Röper*-Hamburg, *Runge*-Kiel, *Steyerthal*-Kleinen i. M., *Trömner*-Hamburg, *Wachsner*-Hamburg, *Wagener*-Lübeck, *Walter*-Rostock-Gehlsheim, *Walther*-Neustadt i. H., *Wattenberg*-Lübeck-Strecknitz, *Weygandt*-Hamburg-Friedrichsberg, *Wilhelmi*-Schwerin, *Willige*-Kiel, *Wohlwill*-Hamburg, *Zappe*-Schleswig, *Zendig*-Hamburg, *Zimmermann*-Hamburg-Langenhorn.

Am Vorabend trafen sich eine Zahl Teilnehmer im Uhlenhorster Fährhaus.

I. Sitzung am 16. Juni 1917, vormittags 9 Uhr.

Vorsitzender *Weygandt*-Hamburg.

Schriftführer *Rautenberg* und *Kafka*-Hamburg.

Weygandt begrüßte die Versammlung, auch im Auftrage des Prases des Hamburger Krankenhauskollegiums S. M. Herrn Burgermeister Dr. Schröder, u. besonders die anwesenden Vertreter der Medizinalabteilung



des Kgl. preuß. Kriegsministeriums, des Sanitätsoffizierkorps des IX. A.-K. und der Marine.

Der Versammlung haben Grüße gesandt: *Curschmann*-Rostock, *Jacob*-Malonne (Namur), *Ofterdinger*-Rellingen, *Rittershaus*-Brüssel, *Sänger*-Hamburg, *Schultze*-Göttingen, *Siemens*-Stettin.

Schließlich gedenkt die Versammlung der dem Kriege zum Opfer gefallenen Fachkollegen aus dem Bereiche des Vereins: Oberarzt *Kleininger*-Schleswig, Abteilungsarzt *Pförringer*-Hamburg-Friedrichsberg, Volontärarzt *Neinhaus*-Hamburg-Friedrichsberg.

In der Mittagspause wurde von der Anstalt Friedrichsberg ein Frühstück gegeben. — Am Schlusse der Tagung sammelten sich die Teilnehmer zu einer Fahrt nach Hagenbecks Tierpark Stellingen, wo man nach einem gemeinsamen Essen den Abend gesellig verbrachte.

Am 17. Juni war den Teilnehmern Gelegenheit gegeben, die Station für Kopfschüsse Finkenau, die Nervenstation Eppendorf sowie die Neubauten und die Sprachstation der Anstalt Friedrichsberg zu besichtigen.

Buschan-Hamburg-Veddel: Zur Diagnose der Epilepsie.

Redner betonte in der Einleitung die große Wichtigkeit der frühzeitigen, einwandfreien Erkenntnis der Epilepsie für die gegenwärtige Zeit, um gemäß den militärischen Bestimmungen solche Kranke aus dem Heeresverband möglichst bald ausmerzen zu können, auf der andern Seite aber auch die Schwierigkeiten, die dabei für den Militärarzt entstehen, zumal die psychogenen Krampfzustände, die leicht Verwechslung bieten können, in ungewohntem Maße zugenommen haben. Darauf ging er näher auf die Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie ein. Die Degenerationszeichen, auch die von *M. Benedikt* neuerdings als bezeichnend für Epilepsie hingestellten Stigmata am Schädel können allein für die Diagnose nicht ausschlaggebend sein, ebensowenig gewisse Erscheinungen im psychologisch-pathologischen Verhalten des Epileptikers, wie das Blutbild, die Bildung von karbaminsaurem Ammoniak, die von Toxinen und das Dialysierverfahren nach *Abderhalden*.

Nur der epileptische Anfall scheint differentialdiagnostischen Wert zu besitzen, allerdings nur in seinem Gesamtbilde, nicht in seinen einzelnen Erscheinungen allein. Vorboten und Aura können bei Epilepsie und Hysterie übereinstimmen, vielleicht aber sind bestimmte Formen der Aura bezeichnend für erstere. Das urplötzliche Einsetzen des Krampfanfalles bei bestem Wohlbefinden ohne Gemütsaufregung mit Aufschrei läßt sich besser für die Diagnose verwerten. Desgleichen sind die Form der Krämpfe (synchrones Zusammenziehen der Muskeln einer Körperhälfte mit Beteiligung des Gesichts) und die typischen Verletzungen, u. a. Blutaustritt in die Bindehaut, davon Residuen sich noch später nachweisen lassen, ein wertvolles Hilfsmittel. Die Pupillenstarre soll auch bei psychogenen Zuständen beobachtet worden sein, jedoch bringt Redner dieser Behauptung Zweifel entgegen. Anästhesie der Hornhaut kommt auch bei unempfind-



lichen Hysterikern vor. Zungenbiß sowie Abgang von Urin und Kot können von damit vertrauten Menschen vorgetäuscht werden. Überhaupt gelingt es ganz raffinierten Leuten, einen epileptischen Anfall gut zu simulieren, so daß selbst Ärzte sich täuschen ließen. Neuerdings tritt nun als anscheinend einwandfreies Zeichen der *Babinski*sche Zehenreflex hinzu, auf den *Redlich* zuerst aufmerksam machte. Unter Berücksichtigung der von *Jellinek* gemachten Einschränkung gelang es Redner, diese Erscheinung in allen 5 daraufhin untersuchten Fällen (etwa 10 Minuten nach dem Anfall) nachzuweisen.

Leider ist der Militärarzt in der Heimat oft genug nicht in der Lage, einen epileptischen Krampfanfall zu beobachten, da ein solcher infolge der veränderten Lebensbedingungen ausbleiben kann. Es ist daher der Versuch gemacht worden, einen Anfall künstlich auszulösen. Wieweit der Genuß von Alkohol und Kochsalz in dieser Richtung von Bedeutung ist, vermag der Redner nicht zu sagen. Mehr Wert scheint ihm der Karotidenkompression nach Tsiminakis und der Kokaininjektion nach *Wagner v. Jauregg* zuzukommen. Nach dem von ihm im Marinelazarett Hamburg an 19 Kranken mit Kokain (0,05) angestellten Untersuchungen scheint dem Redner, daß eine Reaktion auf solche Injektionen mit Krämpfen oder Dämmerzuständen ein sicheres Zeichen für vorhandene Epilepsie bedeutet, hingegen ein Ausbleiben der Reaktion diese Krankheit nicht ausschließen darf.

Aussprache. — *Walter*-Rostock: In mehreren Fällen wurde Kompression der Karotiden angewandt. Es wurden aber nur in 3 Fällen hysterische Anfälle ausgelöst, aber keine epileptische.

Martineck-Berlin: Die Einstellung von Epileptikern unter den von dem Herrn Vortragenden erwähnten Bedingungen ist nach neueren Bestimmungen statthaft. Es kommt nur Einstellung als a. v. (für Heimat) in Betracht.

Boettiger-Hamburg fragt, wie sich der Vortragende zur Frage der Amnesie nach hysterischen Anfällen stellt. *B.* hält sie für autosuggeriert und fragt daher nie die Epileptiker direkt, ob sie wissen, was mit ihnen passiert ist, sondern, was sie sich bei der ganzen Sache eigentlich gedacht haben. Vorkommen von Babinski bei genuiner Epilepsie hält er für zweifelhaft; auch beim apoplektiformen und epileptiformen paralytischen Anfall pflegt Babinski meist zu fehlen.

Weygandt-Hamburg-Friedrichsberg: In Friedrichsberg wurde Kokain bis 0,1 angewandt, allerdings nur bei zweifelhaften Fällen. Einen Anfall sah ich nur einmal, doch auch nicht in restlos zweifelsfreier Weise. Kokainwirkung muß auch noch an Gesunden ausversucht werden; auch andere Krampfgifte sollten studiert werden, wie Strychnin, Anhanolin.

A. v. sind sicher zahlreiche Fälle, manche auch g. v., wie *Wilmanns* auf der Münchener Tagung auch betonte.

Cohen-Hamburg: Bei einem Hysteriker wurde durch Kokain ein



typisch psychogener Anfall mit Mydriasis und Lichtstarre ausgelöst, die nach 4 Minuten schwand.

Lienau-Hamburg macht auf eine bei einem Untersuchungsgefangenen in Kiel gefundene schriftliche Anweisung aufmerksam, wie man sich zu benehmen habe, um als Epileptiker zu imponieren.

Buschan (Schlußwort): In Übereinstimmung mit Dr. *Boettiger* legt *B.* der Amnesie, da sie simuliert werden kann, keine Bedeutung bei.

Walter-Rostock-Gehlsheim: Über familiäre Idiotie.

Vortragender berichtet über 3 Fälle von Idiotie, Kinder aus derselben Familie (Eltern christlich und blutsverwandt [Oheim, Nichte], von 5 Kindern 2 gesund), von denen bei 2 die Erkrankung im 1.—2. Lebensjahre bemerkt wurde, während sie im 3. Falle erst im 5.—6. Jahre auftrat. Alle drei zeigten keine Störungen, keine Pupillen- und Augenhintergrundsanomalien. Die histologische Untersuchung des einen Falles (gestorben im 23. Lebensjahre) ergab das typische Bild der familiären amaurotischen Idiotie mit den Kennzeichen teils der infantilen, jeils der juvenilen Form. In dem Auftreten der Früh- und Spätform in der gleichen Familie sowie dem Nebeneinander von histologischen Merkmalen beider Formen sieht der Vortragende den Beweis für die Wesensidentität beider Erkrankungen.

Aussprache. — *Wohlwill*-Hamburg: fragt, ob Gliawucherungen vorhanden waren.

Walter (Schlußwort): Wegen des an Miliartuberkulose erfolgten Todes versagten leider die *Weigert*sche Original-Gliafärbung und alle angewandten Modifikationen.

Leidliche Bilder lieferte dagegen die *Alzheimer*sche Fuchsin-Lichtgrünmethode. Es ließ sich damit feststellen, daß eine irgendwie nennenswerte Wucherung von Gliafasern und auch der amöboiden Gliazellen nicht besteht. Diese Tatsache spricht ebenso wie das Fehlen von Faserdegenerationen dafür, daß die Störung der Zytoarchitektonik der Rinde nicht durch degenerative Zellausfälle, sondern durch offenbar angeborene Agenesie bedingt ist.

Wagener-Lübeck: Demonstration eines Falles von abnormer Myotonie.

Bei einem 20jährigen Soldaten hat sich im Felde innerhalb weniger Tage ein allgemeiner Spasmus sämtlicher Körpermuskeln entwickelt.

Dieser Spasmus ist kein auf bestimmte Muskelgruppen beschränkter Intentionsspasmus nach Art des *Thomson*schen, sondern ein nur innerhalb gewisser Intensitätsgrade schwankender, nach körperlicher Anstrengung besonders starker, allgemeiner Dauerspasmus.

Die elektrische Erregbarkeit ist intakt, auch sonst kein auffälliger neurologischer Befund zu erheben, insbesondere fehlen hysterische Stigmata irgendwelcher Art.

Sklerodermie, wofür ein Verdacht wegen der gleichzeitigen harten, starken Spannung der Haut auftauchen könnte, kommt nicht in Frage.

Ätiologie ist nicht so ohne weiteres klar, pathologisch-anatomische Untersuchung der in Narkose entnommenen Muskelstückchen steht noch aus.

Aussprache. — *Willige*-Kiel: Demonstration eines Falles, der neben myasthenischen Erscheinungen eine Pseudohypertrophie der Muskulatur sowie myxödematöse Symptome zeigt und im Verein mit den zahlreich beobachteten atypischen und kombinierten Fällen für die Ansicht spricht, daß bei den sogenannten Muskelerkrankungen (Myasthenie, Myotonie, Muskeldystrophie, Muskelatrophie) das Wesen der Krankheit in einer Erkrankung der Drüsen mit innerer Sekretion besteht.

Gennerich-Kiel: Referat über Pathogenese und Therapie der syphilidogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems.

G. gibt zunächst einen kurzen Hinweis auf die Geschichte der pathologisch-anatomischen und ätiologischen Forschung von *Virchow* bis *Alzheimer*, *Nißl* und *Noguchi*, auf die bekannten pathologisch-anatomischen Unterschiede zwischen Syphilis cerebrospinalis und Metasyphilis. Das weitere Referat geht ein auf 3 Hauptfragen, und zwar 1. auf die Ursachen der pathologisch-anatomischen Sonderstellung der Metasyphilis, 2. auf die Ursachen der Entwicklung der syphilidogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems überhaupt und ihrer verschiedenen Ausgänge, und 3. auf die Aussichten der Chemotherapie.

Das anatomische Bild der Metasyphilis werde nur dadurch hervorgerufen, daß die durch den schleichenden syphilitischen Infiltrationsprozeß geschädigte Pia und Arachnoidea dem Eindringen des Liquors keinen genügenden Widerstand mehr entgegenzusetzen vermögen.

Die Annahme einer auf diese Weise zustande kommenden Liquordiffusion, deren Wirkung uns bereits makroskopisch durch die sulzige Quellung der Rinde eines Paralytikers, eben die nicht gummöse Erweichung, entgegentritt, macht uns auf die natürlichste Weise den Abstand im histologischen Befunde und in der therapeutischen Zugänglichkeit bei syphilitischer Meningoenzephalitis und Paralyse völlig verständlich.

Die Liquordiffusion bringt nämlich in allmählicher Steigerung die entzündliche Infiltration, zunächst natürlich die kleineren labileren Infiltrationszellen, zur Quellung und zum Zerfall bzw. verschleppt sie aus den oberflächlichen Regionen noch in den Liquor. Sie verhindert durch die Zerstörung und Ausschwemmung der Infiltrationszellen nach dem Liquor noch ein weiteres Vordringen des Granulationsprozesses, der als Reaktion des mesodermalen Gewebes doch keinesfalls fehlen dürfte, und beseitigt die Infiltration im Parenchym immer mehr. Dadurch wird aber das typische anatomische Bild der Syphilis zerstört; es bleiben hauptsächlich nur die größeren Zellen des syphilitischen Plasmons, eben die Plasmazellen, am längsten erhalten, aber auch diese nur dort, wo sie den meisten Schutz gegen die Osmose genießen, nämlich in den Gefäßscheiden; aber auch diese sind schon gequollen.



Auf diese Weise wird durch die Liquordiffusion die bei Hirnlues stets vorhandene Abhängigkeit der Gefäßinfiltrate der Hirnrinde von der Infiltration der Meningen bzw. der Pialgefäße aufgehoben, weil die den Zusammenhang vermittelnde Infiltration völliger Auslaugung anheimfällt.

Verständlich ist wohl ferner auch, daß, sobald die meningoenzephalitische Verwachsung zwischen Pia und Rinde einmal eingetreten und der Einbruch des Liquors durch die funktionell erledigte Pia erfolgt ist, dieser, den vorhandenen Lymphbahnen folgend, auch die Spirochäten ins Parenchym ausschwemmt und hier ihrem weiteren Eindringen den Boden ebnet. Die normale Widerstandsfähigkeit des Ektoderms gegen die Spirochäten, die uns sonst in allen zirrhotischen Luesformen an den parenchymatösen Organen entgegentritt, wird durch die infolge der Liquordiffusion eintretende Quellung der Nervenzellen gebrochen, so daß hier der Ausschwemmung und dem Fortkommen der Erreger auf dem ungewohnten Wirtsboden keine Schranke mehr entgegensteht.

G. erörtert sodann, in welcher Weise die charakteristischen Veränderungen der Metasyphilis sowohl im Parenchym wie am mesodermalen Gewebe durch die Wirkung der Liquordiffusion hervorgerufen werden.

Auch die klinischen Erscheinungen der Metasyphilis werden durch die Liquordiffusion ganz entsprechend der pathologisch-anatomischen Sachlage erklärt. Bei Paralyse komme es nach Einbruch des Liquors zunächst zu einer schweren Funktionsstörung der Nervenzellen, die sich jedoch infolge allmählicher Ausschwemmung der entzündlichen Infiltration und Anpassung der Lymphbahnen zunächst wieder etwas erholen können. Die Folge hiervon sei die spontane Remission.

Die Verschlechterung komme dann zum Teil dadurch, daß das bereits betroffene Parenchym immer mehr durch die Diffusion in der Ernährung geschädigt werde und erweiche, während der Liquor immer tiefer eindringe, zum Teil plötzlich, dadurch, daß sich seine Einbruchspforten vermehrten und erweiterten.

Nach Durchbrechung der pialen Schranke könne auch spezifische Allgemeinbehandlung am Krankheitsherde nicht mehr genügende Wirkung entfalten, weil das hierhergelangende Arzneimittel durch die Liquordiffusion zu stark verwässert werde.

Mit zunehmendem Alter des Krankheitsvorganges würden die exsudativen Prozesse durch die auslaugende Wirkung des Liquors immer mehr beseitigt, während die fixe Bindegewebswucherung zunähme.

Bei ausgiebig sich eröffnenden Lymphbahnen und geringer Krankheitsoberfläche könne auch der dem Gewebedruck weit überlegene Liquordruck dazu führen, daß ein rückläufiger Osmosestrom nicht mehr zustande komme, so insbesondere bei alleiniger lumbaler Tabes und Optikusatrophie, bei denen sich das allmählich sich eröffnende Lymphgebiet über ganze Stränge erstrecke, während die funktionell zerstörte Pialoberfläche gering bleibe.



Insbesondere könnten auch bei der Tabes die pialen Exsudationsvorgänge mehr oder weniger ganz verschwinden; bleibend sei jedoch der Ersatz des pialen Maschenwerkes durch ein Bindegewebe, das dem Eindringen des Liquors keinen Widerstand mehr entgegenzusetzen vermöge. Indem nun der Liquor den durch die anatomische Anlage gegebenen Lymphbahnen folge und den Spirochäten den Weg weise, erkrankten natürlich nur ganz bestimmte Fasersysteme.

Die anatomische Begrenzung des tabischen Krankheitsprozesses auf bestimmte Stränge, die eben mit den hinteren Wurzeln gemeinsame Lymphbahnen haben, habe somit seine völlige Berechtigung.

Der Vorgang der Liquordiffusion ergebe sich aber nicht nur allein aus anatomischen Gründen, sondern werde auch einmal durch die Abwanderung der Stoffwechselvorgänge aus der Rinde zum Liquor hin, zum andern aber auch durch das Eindringen des dem Liquor bei endolumbaler Behandlung einverleibten Salvarsans in die Nervensubstanz veranschaulicht.

G. geht alsdann auf die Entwicklung der syphilidogenen Erkrankungen am Z.-N.-S. ein. Ihre Grundlage, eben der Eintritt der Liquor- bzw. meningealen Infektion, lasse sich in seiner Häufigkeit nach den pathologischen Befunden in den frischen Luesstadien auch nicht annähernd sicher bestimmen, man sei hier in erster Linie auf die Feststellung pathologischer Befunde bei den serologischen und klinischen Rezidiven nach ungenügender Salvarsanbehandlung angewiesen, nach der sich bekanntermaßen eine vorhandene Liquorinfektion in bevorzugtem Maße fortentwickle. Hierüber seien bereits ausreichende statistische Erhebungen vorhanden.

Der Eintritt bzw. das Ausbleiben syphilitischer Krankheitsvorgänge am Z.-N.-S. erkläre sich aus der Biologie des Syphilisvirus im menschlichen Organismus.

Bis auf einen kleinen Prozentsatz von Fällen, die ihre meningeale Syphilis einer stärkeren Spirochätenaussaat nach der Kopfregion verdanken (Alopeziefälle), sei die Syphilis des Z.-N.-S. stets auf eine stattgehabte Provokation zurückzuführen. Die schwer zugängliche meningeale Infektion werde im Frühstadium in der Hauptsache nur durch die Therapie, im Spätstadium jedoch durch Immunvorgänge provoziert.

Durch diese beiden Faktoren werde die die Monorezidiventwicklung hemmende Allgemeindurchseuchung eingeschränkt, während die Expansionstendenz der Erreger sich an den am wenigsten geschädigten Herden, in erster Linie also der meningealen Infektion, geltend mache.

Das Übergewicht, das die meningeale Infektion infolge Provokation erhalte, lasse sich, wie viele Hunderte von Krankengeschichten erweisen, sehr häufig auch durch allerbeste Allgemeinbehandlung nicht mehr ausgleichen.

Auch für die Art des Meningorezidivs sei der Entwicklungsgrad der Abwehrvorgänge, die zwei verschiedene Stufen aufweisen, von größter Bedeutung.



Die schleichende, über Jahre sich hinziehende Entwicklung der meningealen Entzündung entspräche durchaus der schwächlicheren Art der vorhandenen Abwehrvorgänge, die zur Gummibildung nicht ausreichten, sondern im Gegenteil bei der langen Fortdauer der sekundärsyphilitischen Zerstörung der Pia diese immer mehr für die Liquordiffusion und damit für den Eintritt der Metalues herrichteten.

Zur Vermeidung von Provokationen schwer zugänglicher Luesherde sei eine gleichmäßige Bekämpfung aller Spirochätenherde notwendig.

In dieser Hinsicht ergebe bei der meningealen Lokalisation nur die Chemotherapie eine Handhabe in der endolumbalen Salvarsanbehandlung.

Während in den frischen Luesstadien noch in allen möglichen Regionen der Meningen reichlich Spirochäten vorhanden seien, die unter dem Zwange der biologischen Sachlage zur Entstehung von Hirnsyphilis Veranlassung geben könnten, würden mit zunehmendem Infektionsalter durch die ständige Erschütterung der Liquorsäule infolge Pulsation des Gehirns die Spirochäten an die Peripherie des Lumbalsackes hingetrieben, nämlich zu den hinteren Wurzeln, zum Vorhirn und zur Optikusscheide, dem charakteristischen Sitz der Metalues. Wenn dadurch auch eine bestimmte Gesetzmäßigkeit entstehe, so sei doch durch die Art der Spirochätendislokation der Anlaß zu allen nur möglichen Variationen in den in Betracht kommenden Lokalisationen gegeben.

Für die Verteilung löslicher Stoffe im Liquor komme indessen seine Bewegung nicht in Betracht. Hinsichtlich der Verteilung des Salvarsans im Liquor sei man vielmehr lediglich auf seine Mischung in der Bürette angewiesen.

G. erörtert sodann die Hauptindikationen und die Erfolge der endolumbalen Behandlung. An zahlreichen Behandlungskurven von Fällen aus allen Stadien der meningealen Syphilis wird dargetan, daß eine beträchtliche Zahl von Fällen mit histologischen Meningorezidiven und Hirnsyphilis für jahrelange intensivste Hg-Salvarsanbehandlung entweder gänzlich unzulänglich bleibt oder bald rezidiviert. Hier leistet die verbesserte endolumbale Behandlung völlig radikale Beseitigung. Kontrollierte Dauererfolge eines auf diese Weise erzielten normalen Liquors erstrecken sich bereits bis ins vierte Beobachtungsjahr.

Bei der endolumbalen Behandlung der Metasyphilis liegen zum Teil recht beachtenswerte symptomatische Erfolge vor. Nur fortgeschrittene Fälle sind nicht mehr behandlungsfähig. Besonders die Tabes ist ein dankbares Feld der Behandlung nicht nur wegen Beseitigung der Krisen, sondern auch wegen Verbesserung der Funktion. Gastrische Tabes ist zur Behandlung häufig gänzlich ungeeignet. Bei Paralyse gelang es mit der neuen Methodik bisher, 40 % der behandelten Kranken schon annähernd 2 Jahre bei recht guter geistiger Funktion zu erhalten. Die Zahl ihrer endolumbalen Behandlung beträgt jedoch zum Teil schon bis zu 30. Trotz der erzielten eminenten Besserung der Liquorwerte wird jedoch vorläufig ein



weiterer Ausblick auf das weitere Schicksal der Fälle noch als völlig unmöglich bezeichnet.

Kafka-Hamburg-Friedrichsberg: Über die Bedeutung neuerer Blut- und Liquorreaktionen für die Beurteilung und Behandlung nerven- und geisteskranker Kriegsteilnehmer.

Der Vortragende geht davon aus, daß der nerven- und geisteskranke Kriegsteilnehmer behandelnde Facharzt vor andere Verhältnisse als im Frieden gestellt ist, die einerseits in äußeren Bedingungen (schnelle Entscheidung praktischer Fragen), andrerseits in der Eigenart des Materials selbst liegen. Objektive Untersuchungsmethoden sind daher sehr zu begrüßen; hier sind besonders wichtig die auf ihre diagnostische Brauchbarkeit erprobten Reaktionen der Körperflüssigkeiten. *K*. geht auf die Entwicklung und Bedeutung dieses Gebietes ein und prüft ihren aktuellen Wert an der Hand von durch die Kriegserfahrungen gegebenen Fragestellungen. Er geht vor allem auf die Bedeutung der Reaktionen bei Prüfungen auf Vortäuschung ein, bespricht dann die Verwertung des relativen Blutbildes bei der Beurteilung und Behandlung der Kriegsneurotiker, erörtert weiter die durch die Blutforschung gegebene Erleichterung der Diagnose thyreotoxischer Prozesse und wendet sich besonders ausführlich der Syphilis des Zentralnervensystems zu, nachdem die Diagnostik der übrigen Erkrankungen des Zentralnervensystems gestreift ist. Er zeigt an einer Reihe von Beispielen, wie ungemein wichtig die genaue Untersuchung des Blutes und der Rückenmarksflüssigkeit für die Diagnostik, Behandlung und Beantwortung der Frage der Dienstfähigkeit (und Dienstbeschädigung) bei der Lues des Zentralnervensystems ist, und wie ihre Unterlassung zu schweren Fehlern für Gegenwart und Zukunft führen kann.

(Erscheint ausführlich in der Münch. med. Wschr.)

Aussprache. — *Nast*-Kiel: Es wird an Diapositiven die Mastixreaktion von Emanuel in der Modifikation von *Jacobsthal-Kafka* im Liquor an über 100 Fällen demonstriert. Die Reaktion zeigt parallel mit der klinischen und serologischen Besserung eine Besserung der Kurven, in vielen Fällen ein Persistieren der pathologischen Kurven bei sonst negativen Liquorbefunden. Schlüsse für Ätiologie, Diagnose, Prognose und Therapie werden bei der Kürze der Untersuchungszeit noch nicht daraus gezogen.

Lienau-Hamburg berichtet über Erfahrungen, welche er mit Herrn *Gennerich* auf der Nervenabteilung in Kiel gemacht habe. Hatte anfänglich bei gewissem Vorurteil gegen die Methode er Herrn *Gennerich* für etwas optimistisch seiner Behandlung gegenüber gehalten, so ist er im Laufe seiner Erfahrungen anderer Ansicht geworden und empfiehlt die *Gennerich*sche endolumbale Behandlung größter Beachtung

Trömner-Hamburg hat bis jetzt 12 Tabiker und 2 Paralytiker genau nach *Gennerichs* Vorschriften behandelt Üble Zwischenfälle traten nicht



ein. Der Erfolg war: bei einer Paralyse erhebliche Besserung bis zur Rückkehr partieller Dienstfähigkeit; bei einigen Tabikern deutliche subjektive Besserung, bei einem Schwinden der bisherigen lanzinierenden Schmerzen. Objektiv wird stets erreicht: erhebliche Minderung der Pleozytose, vorübergehendes Schwinden von *Nonne*s oder *Pandy*s Reaktion, niemals Umkehr der Wassermannreaktion.

Arning-Hamburg spricht Herrn *Gennerich* den Dank der Syphilidologen aus für seine energischen und zielbewußten Arbeiten auf dem Forschungs- und Behandlungsgebiete der Metalues. Doch warnt *A.* davor, die von *G.* ausgesprochene Theorie der Förderung der Metalues durch die usuelle, seiner Ansicht nach ungenügende Art der Syphilisbehandlung anders als in wirklich verständnisvollen Kreisen zu besprechen, besonders darüber nichts in die politische Presse gelangen zu lassen. Der Schaden dürfte größer sein als der Nutzen solcher Aufklärung; denn als Syphilidologe müsse *A.* die Forderung stellen, im Interesse des möglichst schnellen Unschädlichmachens der Ausfallpforten des syphilitischen Virus die usuellen Behandlungsmethoden vorläufig für die Allgemeinheit festzuhalten. Die Beschränkung der Verbreitung der Syphilis sei zweifellos die wichtigste völkische Frage, möge auch dabei mit einzelnen Opfern der Metalues gerechnet werden müssen.

A. stellt dann noch an den Vortragenden die Frage, wie derselbe sich zu den Tatsachen stelle, daß bei der intravenösen Behandlung der Tabes es in fast momentaner Folge der Salvarsaninfusion häufig zu Steigerung der Schmerzen im Gebiete der betreffenden Tabes kommt, daß die Schmerzen dann nach 24 Stunden nach anfänglicher Steigerung schwinden, um bei der nächsten Infusion in schwächerer Form wieder aufzutreten und bei weiteren Infusionen ganz zu schwinden. Das gilt besonders auch für Fälle mit gastrischen Krisen.

Hier muß doch auf dem Wege der Blutbahn der Krankheitsherd schnell erreicht worden sein.

Runge-Kiel hebt bezüglich des von *Lienau* erwähnten Falles hervor, daß er der Kieler psychiatrischen und Nervenklinik mit einem Symptomenkomplex überwiesen wurde, der an den *Korssakow*schen erinnerte. Im Vordergrunde stand anfangs eine Desorientierung, die später schwand, bei äußerem geordneten Verhalten und langanhaltender Euphorie. Die psychischen Abweichungen hielten noch lange Zeit nach Aufnahme an und klangen erst unter energischer intravenöser Behandlung (20 Injektionen von je 0,03 Altsalvarsan) allmählich ab. Endolumbale Injektionen wurden in der Klinik nicht mehr ausgeführt, vielmehr war die Behandlung vor der Aufnahme abgeschlossen. Ob daher die endolumbale oder intravenöse Behandlung Heilung brachte, bleibt dahingestellt.

Ähnlich wie der Vorredner sah *Runge* auch bei intravenöser Behandlung bei Tabes und Paralyse nach den Injektionen Reizzustände, Schmerzen auftreten. Weitgehende Remissionen traten auch bei energischer intravenöser Behandlung (20 und mehr Injektionen) auf.



Knack-Hamburg: In der Beurteilung von Lymphozytosen muß man in der Jetztzeit vorsichtig sein, da bei der veränderten Ernährung wiederholt sonst nicht zu begründende Verschiebungen des Blutbildes im Sinne der Lymphozytose gesehen wurden. Extreme Fälle stellen die Ernährungsödeme des letzten Winters dar, in denen sich Lymphozytosen bis zu 60% bei normaler oder mäßig vermehrter Gesamtzahl der weißen Blutkörperchen fanden. Die Lymphozytose ist an sich nicht spezifisch. Sie findet sich in gleicher Form bei den verschiedensten Erkrankungen. Bei den Zitterern ist sie wohl bedingt durch Umstimmung des Stoffwechsels, vermehrte Abbauvorgänge. Die von Herrn *Kafka* gegebenen Werte liegen sicher außerhalb der Grenze der bei völlig Normalen beobachteten.

Nonne-Hamburg betont, daß derjenige, der die intralumbale Salvarsanbehandlung nach *Gennerich* vornehmen will, sich derselben einwandfreien Methode bedienen muß, der sich *Gennerich* bedient, und die *N.* bei *Gennerich* selbst kennen gelernt hat. Andernfalls lauern Gefahren. *N.* kann bestätigen, daß die krankhaften Veränderungen des Lumbalpunktats unter der oft wiederholten intralumbalen Salvarsanbehandlung sich in einem hohen Prozentsatz der Fälle zurückbilden bzw. wesentlich, und zwar weit mehr als unter den üblichen Methoden der antisyphilitischen Behandlung.

Andrerseits erwähnt *N.* einen Fall, in dem auch unter der bisher üblichen kombinierten Behandlung mit Inunktionskur und intravenöser Salvarsanbehandlung ein echter Fall von Paralyse (klinische Symptome sowie Blut- und Liquorbefund) sich zur Norm zurückgebildet hat, d. h. die Psyche wurde wieder normal, die Leistungsfähigkeit als Kaufmann ebenso, und das Blut und der schwerkranke Liquor wurden normal. Diese Heilung dauert bisher über 9 Monate an.

Delbanco-Hamburg: Der Metalues parallel steht die Lues des Herzens und der großen Gefäße. Die Kliniker sprechen von ihrer enormen Zunahme. Allerdings ist sie früher weniger diagnostiziert worden. Sollte auch da ein Zusammenhang sein mit einer ungenügenden Salvarsanbehandlung? Aus *Gennerichs* Arbeiten geht hervor, daß, wenn die Lues, angefaßt mit Salvarsan, nicht besser durchbehandelt wird, wir mit einer großen Zunahme der Tabes und Paralyse rechnen müssen. Herr *Arning* hat es kürzlich im Hamb. Ärztl. Verein berührt: lieber keine Behandlung und keine Störung der natürlichen Innenkräfte als eine ungenügende Behandlung. Dabei mag eine Anbehandlung mit dem spirillentötenden Salvarsan ohne Durchbehandlung noch weit gefährlicher sein als mit dem ganz anders wirkenden Hg. Die Tabesstatistiken haben von neuem die Frage zu fördern, ob eine nicht oder eine ungenügend behandelte Lues mehr gefährdet ist. — In Bulgarien sah *D.* bei der allerdings alkoholfreien Bevölkerung viel Spätlues, sehr wenig Tabes und Paralyse. Die Anfangslues wird schon wegen des Ärztemangels und der Indolenz der Kranken nicht oder kaum erkannt und behandelt.



Eine Schwierigkeit liegt für uns in der Kassenpraxis; das Publikum will Sarvarsan. Auch *Delbanco* verlangt zahlreiche Injektionen. Mit einer oder zwei Injektionen ist es nicht getan. Die Krankenkassen haben mit großem Entgegenkommen die enorme Salvarsanbelastung ihrerseits auf sich genommen. Es wäre daher an der Zeit, daß die Preise des Mittels erheblich herabgesetzt werden.

Gennerich (Schlußwort): Auf die *Arning*schen Ausführungen ist zu erwidern, daß die Beobachtungen über die Provokation der meningealen Infektion durch eine insuffiziente Hg-Salvarsanbehandlung der frischen Luesstadien sich trotz des Einspruchs mancher Kliniker nicht wegleugnen lassen, sondern durch die Masse der betroffenen Kranken eine sehr eindringliche Sprache reden.

Es wäre jedoch weit gefehlt, die Beobachtungen, die sich auf mindestens 70% der im frischen Sekundärstadium unzureichend behandelten klinischen und serologischen Rezidive erstrecken, als einen Mangel der Salvarsanbehandlung zu buchen. Sie sind im Gegenteil einmal ein Beweis für die außerordentliche Leistungsfähigkeit der Salvarsanbehandlung bezüglich der Einschränkung der Allgemeindurchseuchung, die eben die Ursache der Provokation bildet, zum andern aber auch eine dringliche Aufforderung, diesen Erfolg durch eine planmäßige Weiterbehandlung bis zur völligen Sterilisation auszubauen. Hierzu bedarf es nicht etwa großer Salvarsandosen, sondern lediglich eines geordneten Aufbaues der notwendigen Kuren.

Wo eine ausreichende Behandlung während des Krieges nicht möglich ist, da müss n wir uns allerdings vor der Hand damit begnügen, diese Patienten trotz völliger Latenz im Auge zu behalten. Die Assanierung ihres Liquors muß aber bei nächster Gelegenheit stattfinden. Hierzu bietet heute die endolumbale Salvarsanbehandlung in den frischen Luesstadien eine völlig sichere Handhabe, während die Allgemeinbehandlung schon in den ersten Infektionsjahren die bestehenden Meningorezidive kaum noch in der Hälfte der Fälle zu beseitigen vermag. Und selbst bei Wiederherstellung eines normalen Liquors bleibt der Dauererfolg bei Allgemeinbehandlung leider unsicher trotz mehrjähriger planmäßiger Kuren. Auf der andern Seite zählen die Fälle, wo uns die endolumbale Behandlung eine völlige Assanierung der Meningen erbrachte, heute schon nach Hunderten. Die Hoffnung auf einen Dauererfolg erscheint uns deshalb berechtigt, weil sich die Kontrollen zum Teil schon auf 1—4 Jahre erstrecken. Die meningealen Rezidivbildungen zeigen sich indessen nach Salvarsanprovokation nur äußerst selten später an als ein Jahr nach der letzten Behandlung.

*Arning*s Angabe, daß auch bei Allgemeinbehandlung Krisen bei Tabikern eintreten können, entspricht auch unserer Erfahrung. Ihr Vorkommen ist jedoch nicht gerade häufig. Daß es sich hier um eine Salvarsanwirkung am Krankheitsherd, eine *Herxheimer*sche Reaktion handelt,



steht wohl außer Zweifel. Sie sind jedoch kein Gegenbeweis gegen die Liquordiffusion, denn sie bewirkt auch in diesen Fällen die Unheilbarkeit.

Die Krisen nach Allgemeinbehandlung, wie die Besserungen, die hiernach in vielen Tabesfällen zu verzeichnen sind, besagen beide das gleiche, daß nämlich der infolge seines überlegenen Druckes von der *Redlich*schen Stelle aus in den Hintersträngen aufsteigende Liquor noch nicht überall und gleichmäßig den Stoffwechsel unterbunden hat. Kommt nun das Salvarsan an die spezifisch erkrankten sensiblen Bahnen, so ist die Form der sich hier kundgebenden *Herxheimer*schen Reaktion, nämlich die Krisen, ganz natürlich. Bei der endolumbalen Behandlung, die sonst den Vorzug hat, zu allen Herden hin zu diffundieren, liegt indessen die therapeutisch brauchbare und die chemisch irritierende Dosis dicht nebeneinander.

Der Behauptung von Herrn *Runge*, daß in einem Falle von schwerer Apoplexie mit anschließendem Korssakow, der von mir endolumbal vorbehandelt war, die klinische Besserung erst auf die von ihm eingeleitete kräftige Allgemeinbehandlung eingetreten sei, kann ich nicht beipflichten, weil der Fall schon bei seinen letzten endolumbalen Behandlungen normalen Liquor aufgewiesen hatte. Gerade in diesem Falle hatte die 4jährige Allgemeinbehandlung gänzlich versagt. Nicht nur unmittelbar vor der Apoplexie waren wegen dauernder Kopfschmerzen und wegen Ohnmachtsanfällen 4 große, planmäßige Salvarsankuren in der Universitäts-Hausklinik vorausgegangen, sondern auch 3 Jahre vordem waren im frischen Stadium 5 große Kuren, und zwar die letzte vor 1¼ Jahr, erfolgt. Eine noch ausgiebigere Allgemeinbehandlung kann ich mir nicht gut denken.

Die Hauptaufgabe meines Vortrages sah ich in der nochmaligen Darlegung der Ursachen der anatomischen Veränderungen bei Metalues und der Ursachen für die Entwicklung der syphilidogenen Erkrankungen am Z.-N.-S. Alsdann war zu zeigen, daß in Konsequenz der gewonnenen Anschauungen der weitere Ausbau der endolumbalen Behandlung unbedingt erfolgen mußte. Sie bietet denn auch bei Beachtung der gegebenen Indikationen eine sichere Handhabe zur prophylaktischen Bekämpfung und Ausschaltung alter syphilidogener Erkrankungen am Z.-N.-S.

Trotz der großen sich ergebenden Mühen ist der angegebene Behandlungsweg unvermeidlich; er stellt den Arzt vor eine große, aber auch sehr dankbare Aufgabe.

Kafka (Schlußwort): Die von Herrn *Gennerich* vorgetragenen theoretischen Anschauungen werden erst in Friedenszeiten eingehend zur Diskussion gestellt werden können; bezüglich des praktischen Wertes der endolumbalen Methode, wie sie Herr *Gennerich* jetzt angibt, kann *K.* nach Untersuchung einer großen Anzahl von Rückenmarksflüssigkeiten auf diese Weise Behandelter anführen, daß er noch bei keiner andern therapeutischen Methode ein so in die Augen fallendes Zurückgehen der Globulinwerte und der Wassermannreaktion des Liquors gesehen hat.



Gegenüber Herrn *Knack* betont *K.*, daß genügend Kontrollen mit nervengesunden, in gleicher Weise ernährten Militärpersonen erhoben wurden. Daß die Lymphozytose nicht die Folge der durch die Zitterbewegungen hervorgerufenen Stoffwechselstörung ist, geht daraus hervor, daß sich unter dem vorgeführten Material Zitterer in allen Stadien, auch schon geheilte, befanden.

Rautenberg-Hamburg-Friedrichsberg: Über den klinischen Wert der Blutreaktion nach *Abderhalden*, insbesondere auf Grund kriegsforensischer Begutachtung.

Ref. gibt einen kurzen Überblick über den Stand der *Abderhalden*schen Untersuchungen vor dem Kriege und wendet sich besonders gegen die ungerechtfertigten Angriffe *Plaut*s gegen diese Reaktion auf dem Straßburger Kongreß. Im unermüdlichen Vorwärtsstreben sind manche Fehlerquellen durch Änderung der Versuchsanordnung beseitigt, die technischen Mängel verringert, vor allem zeigte sich auch die optische Methode des Fermentnachweises brauchbar.

Zwei Schwierigkeiten werden vorläufig immer hindernd dem *Abderhalden*-Verfahren im Wege stehen:

1. die Schwierigkeiten einer einwandfreien Technik,
2. der Mangel einer einheitlichen klinischen Diagnostik.

Ad 1. Es muß eine wissenschaftlich absolut einwandfreie Technik eines mit allen biologischen Untersuchungsfragen vertrauten Serologen Bedingung für die Anwendung der Reaktion sein. Serologe und Kliniker müssen in völliger Unabhängigkeit voneinander arbeiten, die Nachprüfung aber gemeinsam vornehmen. Nur so kann der Kliniker sich über den Wert der Reaktion und die Zuverlässigkeit des Serologen ein Urteil bilden und kann und muß sich durch die Reaktion einen Wink für eine eventuelle Nachprüfung der klinischen Diagnose geben lassen.

Ad 2. Bei der verschiedenartigen Abgrenzung der psychischen Krankheitsbilder handelt es sich nicht nur um die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten, sondern auch um die Abweichungen in der Auffassung und Bewertung der psychischen Krankheitszustände. Daher ist in vielen Fällen ein einheitliches Resultat von klinischer Diagnose und *Abderhalden*-Reaktion leider ausgeschlossen.

Für eine kritische Nachprüfung ist die Kriegszeit besonders geeignet gewesen. Wenn auch bisher große statistische Veröffentlichungen nicht erfolgt sind, so wird doch an verschiedenen Laboratorien eifrig gearbeitet, und es ist die Vermehrung derartiger serologischer Zentralen nur wünschenswert.

Im Laboratorium von Friedrichsberg hat die Gesamtzahl der durch Dr. *Kafka* serologisch untersuchten Militärfälle bald 1000 erreicht.

Die unendliche Mannigfaltigkeit besonders der psychogenen Krankheitsbilder, der neurasthenischen, hysterischen und psychopathischen Zustände, der Abortivformen von Psychosen, der Erschöpfungspsychosen usw.

bei einer dem Kriege entsprechenden Mannigfaltigkeit exogener Faktoren hat natürlich Schwierigkeiten in der Stellung der Diagnose, Prognose und Therapie wie vor allem in der Beantwortung der militärischen Fragen der Dienstbrauchbarkeit, Dienstbeschädigung und Zurechnungsfähigkeit mit sich gebracht, und es war daher gerade bei einem derartigen Material die beste Gelegenheit gegeben, den Wert der *Abderhalden*schen Reaktion nachzuprüfen.

Die Veröffentlichung einer entsprechenden Statistik wird später erfolgen.

Im folgenden gebe ich nur eine kurze Übersicht:

I. Akute Psychosen (Amentia, Erschöpfungspsychosen) zeigten vielfach nur Abbau von Gehirn, welcher Befund mit fortschreitender Heilung verschwand, andrerseits ergaben akute Verwirrtheiten, welche anfangs an eine Dementia praecox erinnerten, weiterhin aber als solche sich nicht bestätigten, völlig negative Resultate.

II. Von der Gruppe der Dementia praecox (klinisch sichere Fälle) ergaben;

7% den Abbau von Hirn und Geschlechtsdrüse (außerdem auch einzelne mit Schilddrüse oder Nebenniere),

20% vereinzelte fragliche oder negative Resultate,

4 Fälle von Paranoia bzw. Dementia paranoides waren völlig negativ.

Zu den negativen Resultaten ist aber zu bemerken, ob nicht ein stationärer Zustand vorliegt, in welchem der Körper eben nicht mehr mit Abwehrfermenten zu reagieren braucht. Negativ können alle abgeklungenen Fälle sein. Ein Wechsel von + und — ist auch bei dieser Reaktion zu erwarten. Wiederholte Untersuchungen sind deswegen notwendig.

III. 8 Fälle von manisch-depressivem Irresein:

1 fraglicher Hirnrinden- und positiver Markabbau (Erregung),

1 fraglicher Hirnrindenabbau.

Im übrigen alle negativ.

IV. Organische Gehirnerkrankungen:

4 Paralyse: 3 ergaben Ø — ? Reaktionen, 1 Hirn, Schilddrüse, Hoden +.

4 Lues cerebri (1?): 3 ergaben Ø — ? Reaktionen, 1 Hirn ?, Schilddrüse, Hoden +.

2 multiple Sklerosen: Hirn-Rückenmark: +, 1 Hoden?, sonst Ø. Natürlich gaben bei den syphilidogenen Erkrankungen die Liquorreaktionen den Ausschlag.

V. Epilepsie (20 Fälle, besonders mit Dämmerzuständen, pathologischen Affekten):

Hirnabbau: 8 +, 6 ?, 6 Ø.

Hoden: 4 +, 2 ?, 14 Ø.

Schilddrüsen: 4 +, 4 ?, 12 Ø.



Eine gewisse Häufigkeit positiver Befunde von Schilddrüsenabbau bei Epilepsie ohne Anfälle, aber mit Dämmerzuständen war schon bei den Friedensfällen aufgefallen.

VI. Posttraumatische psychische Erkrankungen:

Abgeschlossenes Urteil noch nicht möglich, da viele Fälle von Hysterie, Psychopathie, Neurasthenie Ø Resultate zeigen, und da die Fälle traumatischer Demenz und Epilepsie in größerer Zahl erst späterhin zur Beobachtung kommen.

VII. Toxische Geistesstörungen:

Hier kamen nur pathologische Rauschzustände zur Beobachtung, bei denen der Ausfall der Reaktionen den Grundzuständen entsprach.

1 Fall von klassischem Eifersuchtswahn ergab Hirn, Schilddrüse und Hoden: + (*Graether*scher Fall ?).

VIII. Schwachsinn (Debile und Schwachsinn leichten und mittleren Grades):

10 Dégénerés ergaben völlig Ø Resultate:

Schwachsinn 85%: Ø!

15%: + resp. ? Resultate von Hirn, Hodenabbau.

IX. Neurasthenie durchweg alle Ø, nur einzelne fragliche Reaktionen.

14 Fälle von Hysterie: 12: Ø; 2 fragliche Resultate.

X. 2 Fälle von Dysthyreoidismus mit Zwangsneurosen:

positiver Basedow-Schilddrüsenabbau.

Schlußfolgerungen: Die funktionellen Erkrankungen ergeben überwiegend 0, vereinzelt ? oder selten + Resultate; beim manisch-depressiven Irresein sind die Reaktionen fast ausschließlich Ø. Demgegenüber steht unbestreitbar die Tatsache der überwiegend pluriglandulären (Hirn + Geschlechtsdrüse) Abbauerscheinungen bei der Dementia praecox fest, woraus die differentialdiagnostische Bedeutung der *Abderhalden*schen Reaktion hervorgeht. Für die Frage der Epilepsie kann man den Abbau von Hirnrinde, Schilddrüse oder Hoden, auch von Schilddrüse allein unter vorsichtiger klinischer Bewertung der Reaktion für die Abgrenzung gegenüber den psychogenen Krampfzuständen heranziehen. Bedenkt man die Mannigfaltigfaltigkeit der klinischen Zustandsbilder und die starken Schwankungen der Stoffwechselerscheinungen bei Epilepsie, so kann man hier auch nicht auf einheitliche Resultate der *Abderhalden*schen Reaktion rechnen.

Es ist uns Klinikern mit der *Abderhalden*schen Reaktion ein Mittel an die Hand gegeben, festzustellen, ob Dysfunktionen wichtiger Organe vorliegen, ob psychische Störungen in Dysfunktionen eine Erklärung finden können. Wenn die Untersuchungen unter allen Vorsichtsmaßregeln ausgeführt und bewertet werden, wenn wir daran festhalten, die Untersuchungen zu wiederholen und dieselben mit den übrigen biologischen Untersuchungen des Blutes und Liquors zu vereinigen, hat der Kliniker in dem *Abderhalden*schen Verfahren heutzutage ein unschätzbares Hilfsmittel.



Nur unter diesen Voraussetzungen ist auch der Kliniker berechtigt, die *Abderhalden*sche Reaktion zu den wichtigen Militärfragen der Diensttauglichkeit, Dienstbeschädigung und Zurechnungsfähigkeit heranzuziehen. Es liegt eine Statistik von 100 untersuchten Kriegsgerichtsfällen vor. Die *Abderhalden*sche Reaktion hat für die forensische Beurteilung etwas unbedingt Verwertbares, weil eine Dysfunktion wichtigster Organe — von Gehirn und innersekretorischen Drüsen — tatsächlich nachgewiesen ist. Natürlich entscheidet bei der Diagnose der klinische Befund, und die Reaktion hat nur indirekt herangezogen zu werden. Jedenfalls sind manche Fälle mit positiven Abbauerscheinungen zur Aburteilung gekommen, weil die klinischen Beweismomente einer Geistesstörung gemäß § 51 fehlten; es ist daher der Vorwurf, daß die Exkulpierung von der *Abderhalden*schen Reaktion abhängig gemacht wird, völlig unbegründet.

Der praktische Wert der *Abderhalden*schen Reaktion ist heute für den Kliniker als durchaus gesichert zu bezeichnen.

Aussprache. — *Holzmann*-Hamburg betont nach etwa 250 gemeinsam in einwandfreier Versuchsanordnung mit Dr. *Kafka* angestellten Untersuchungen die vorzügliche Brauchbarkeit der *Abderhalden*schen Reaktion für militärärztliche Begutachtung Nervenkranker.

Die Dialysiermethode wurde mit bestem Erfolge benutzt, um die klinische Diagnose zu erhärten oder Hinweis zu geben, in welcher Richtung die Untersuchung einer Ergänzung bedürfte.

Unbedingt zu unterstreichen ist die Äußerung *Rautenbergs*, daß die bisher übliche klinische Nomenklatur Hysterie, Neurasthenie usw. für die militärärztliche Begutachtung überhaupt, so auch für den Vergleich klinischer mit serologischen Ergebnissen, ganz unbrauchbar ist. Monosymptomatische Hysterie mit Abbautypus des Jugendirreseins dürfte kaum geheilt sein, wenn das „Monosymptom" beseitigt ist. Sehr wichtig ist, daß auch die oft schwierige Frage, ob Gehirnerschütterung mit Hirnschädigung stattgefunden hat, durch *Abderhalden*sche Reaktion der Lösung nahegebracht werden kann.

Cimbal-Altona: Nach den für mich überzeugenden Zusammenstellungen von *Holzmann*, *Rautenberg* und *Kafka* und nach eigener Erfahrung scheint mir die gutachtliche Verwertung der positiven *Abderhalden*schen Reaktion in solchen Fällen berechtigt, in denen die klinische Entwicklung eine hebephrene Erkrankung wahrscheinlich macht, der seelische Befund sie aber nicht sicher genug beweist. Für die Aufklärung der Abbaugesetze können die sogenannten Neurosen, besonders in der üblichen irreführenden Einteilung (Hysterie, Neurasthenie, traumatische Neurosen, Psychopathien) so lange kein lohnendes Arbeitsgebiet bilden, als bei ihnen die primäre organische Schädigung und die übergelagerte sozialpsychologische Entwicklungsform vermengt werden. Wertvoll zu wissen wäre es vielleicht, ob Hirnschüsse, Hirnerschütterung, Erschöpfung, vagische und therapeutische Krankheitszeichen einen einheitlichen Abbautypus geben.

Einen Abbautypus für die „Psychopathie" oder die „traumatische Hysterie" zu suchen, ist zwecklos, weil diese Begriffe sinnlose und willkürliche sind.

Willige-Kiel: Gegen die forensische Bewertung der *Abderhalden*schen Reaktion muß entschieden Einspruch erhoben werden. Auch die heute mitgeteilten Ergebnisse lassen es nicht zu, die Reaktion zu so weitgehenden praktischen Zwecken, wie sie die forensische Begutachtung darstellt, zu verwenden. Die große Bedeutung der *Abderhalden*schen Reaktion liegt vorläufig auf ganz anderem Gebiete, nämlich dem der rein wissenschaftlichen Forschung.

Runge-Kiel schließt sich der Warnung von *Willige* vor praktischer Verwendung des *Abderhalden*schen Dialysierverfahrens, besonders in forensischen Fällen, energisch an. Das *Abderhalden*sche Verfahren birgt dazu noch zu viel Unsicherheiten in sich. Schon der verschiedene Ausfall mehrerer gleichzeitig angesetzter Versuche und verschiedener mehrfach nacheinander ausgeführter Versuche mit Serum desselben Falles zeigen die Unsicherheit der Methode. Auf Grund erhobener Erfahrungen in ca. 100 Fällen und der Erfahrungen zahlreicher anderer Untersucher kann *R.* zurzeit nur feststellen, daß sich bei der Dementia praecox weit häufiger Organabbau findet wie in funktionellen Fällen, daß aber derselbe (auch gruppenweiser Abbau von Gehirn-Geschlechtsdrüsen) bei letzteren nicht immer vermißt wird. Auch *Rautenberg* erwähnte einen solchen Fall von Hysterie, und *R.* verfolgt auch einen Fall, bei dem jetzt dem Zustandsbild und dem Verlauf nach die Diagnose manisch-depressives Irresein gestellt werden muß, der aber früher in Friedrichsberg 1913 Gehirn-Schilddrüse und Hoden abbaute. Alles dies zeigt die Unbrauchbarkeit des Verfahrens für praktische Zwecke. Seine Ergebnisse sind aber wissenschaftlich von großem Interesse, und auf seinen weiteren Ausbau ist zu hoffen.

Lichtwitz-Altona hält das *Abderhalden*sche Verfahren in seinen theoretischen Grundlagen für unbewiesen, in der Methodik für undurchführbar.

Weygandt-Hamburg-Friedrichsberg: Die Herren, die jetzt so heftig absprechend über die Anwendung von *Abderhaldens* Dialysierverfahren urteilen und sich dabei auf autoritativ klingende Ärztenamen berufen, mögen sich die Zeit vor etwa 15 Jahren vergegenwärtigen, als noch *Leyden* mit der ganzen Autorität seines Namens sich der Lues-Tabes-Paralyse-Theorie gegenüber ebenso schroff ablehnend verhielt, während mittlerweile über seine Gründe längst zur Tagesordnung übergegangen ist.

Der verdienstvolle Einführer der Methode in die Psychiatrie, *Fauser*, äußerte sich mir vor kurzem etwas vergrämt über die Widerstände in der Anerkennung des Verfahrens und auch des ihm gebührenden Anteils. Nach der heutigen Diskussion dürfte er trotz der lebhaften Gegnerschaft doch etwas zufriedener urteilen.

Herrn Professor *Lichtwitz* gegenüber möchte ich doch darauf hinweisen, daß auch die innere Medizin durch *Abderhalden* wertvolle Förderung erfahren kann, insbesondere auf dem an die Neurologie grenzenden



Gebiet der innersekretorischen Erkrankungen, Basedow, Nebennierenstörungen usw. Die Aufschlüsse, die wir in dieser Richtung gewinnen, sind manchmal geradezu erstaunlich.

Selbstverständlich sind die Einzelprobleme noch nicht restlos zu klären, so waren mir gerade bei den Kriegsfällen mehrere besonders interessant und rätselvoll, die klinisch durchaus das Bild einer nach Verwundung auftretenden, sehr erregten Katatonie darboten, aber Abbau vermissen ließen und dann ausgezeichnet abheilten und auch, soweit Katamnese möglich, geheilt blieben.

Hinsichtlich der Verwendung in der Gutachtertätigkeit scheinen die Warner den Prinzipien der Sachverständigentätigkeit, insbesondere in foro, ziemlich fern zu stehen. Auf Grund des Ausfalls der Reaktion direkt wird niemals ein Richterspruch gefällt, vielmehr bedeutet die Reaktion nur eine Stütze der Diagnose, auf Grund deren erst die Schlußfolgerung stattfindet, ob die psychopathologischen Voraussetzungen der einschlägigen Gesetzesbestimmungen vorliegen: Daß etwa jemand auf Grund der Reaktion verurteilt wird, ist völlig ausgeschlossen. Der Gutachter soll sich aller brauchbaren Hilfsmittel zur Klärung der Frage bedienen. Die klinische Psychiatrie arbeitet vielfach noch rein intuitiv, sie stützt sich auf unzulängliche Statistiken, sie zieht experimentell-psychologische Methoden heran. Aber mindestens so zuverlässig wie etwa der Ausfall von Assoziationsreaktionen ist die *Abderhalden*sche Methodik ganz entschieden. Gerade der Verzicht auf neue Methoden führt gutachtlich leicht zu Fehlschlüssen. So kam es noch vor 15 Jahren vor, daß ein höchst angesehener Arzt die Paralyse eines Mannes, der früher eine Knieverletzung erlitten hatte, als durch diesen Unfall bedingt ansah, ein offenbarer Fehlspruch, der vermieden worden wäre, wenn der Gutachter die damals schon von vielen, heute von allen anerkannte Lues-Paralyse-Lehre beachtet hätte. Überängstlicher Verzicht auf jeden noch weiterer Bearbeitung bedürfenden Fortschritt der Wissenschaft würde die Gutachtertätigkeit erst recht auf das Trockene führen und die praktische Entscheidung, die doch durch den Zwang der Umstände erfordert wird, unmöglich machen. Die bisherigen Ergebnisse muß ich als durchaus ermutigend bezeichnen, selbstverständlich gilt es noch fürderhin: weiterarbeiten.

Auer-Kiel: Ablehnender Standpunkt der Verwertung der *Abderhalden*-Reaktion in forensischer Beziehung und in Fragen militärischer Dienstbeschädigung.

Kafka-Hamburg-Friedrichsberg: Herrn *Lichtwitz* gegenüber sei bemerkt, daß auch u. a. das Robert Koch-Institut in Berlin günstige Erfahrungen mit der A.-R. gemacht hat. Die Serologen verzichten gern auf die Ausführung dieser Methode, die, theoretisch noch unklar, immer wieder den Meinungsstreit der Praktiker — Überschätzung oder Unterschätzung, selten den einzig und allein richtigen Mittelweg — hervorruft. Aber gerade die Praktiker verlangen immer wieder die Ausführung, und trotzdem



werden auf das Haupt des Serologen glühende Kohlen gesammelt. Was wir in der Aussprache zum Vortrag von Herrn *Rautenberg* gehört haben, ist in einer *Abderhalden*-Diskussion nichts Neues. Wenn Herr *Runge* auf Grund gewisser eigener Erfahrungen die Methode ablehnt, so ist das ein leider oft geübter Vorgang; es ist demgegenüber nur immer wieder zu betonen, daß nur ein großes, mit penibelster Technik bearbeitetes Material Schlüsse über die Methode erlaubt. Den andern Bemerkungen, daß wir noch nicht so weit seien, daß die Dialysiermethode nur einen wissenschaftlichen Versuch darstellt, ist entgegenzuhalten, daß einerseits quantitativ die Methode nicht mehr in den Kinderschuhen steckt (wir allein haben 2000 Fälle untersucht), daß qualitativ aber mit der Dialysiermethode selbst ein weiterer Fortschrift nicht zu erwarten ist; dieser wird mit Sicherheit erst mit anderer Technik erreicht werden, über die es keine so großen Meinungsverschiedenheiten geben wird, und deren Ergebnisse uns die Dialysiermethode schon heute deutlich vorzeichnet. Es ist ein Spiel mit Worten, den Dialysierversuch heute als „nur wissenschaftlichen Versuch" zu bezeichnen. Bei dem Mangel an objektiven Symptomen in der Psychiatrie stellt das Ergebnis des Dialysierversuchs ein solches dar, wobei es mit derselben Vorsicht zu beurteilen ist wie einerseits ein klinisches Symptom, andrerseits andere biologische Reaktionen. — Bezüglich der forensischen Bedeutung der Reaktion ergibt sich nach Obigem die Antwort von selbst, die übrigens *Kafka* anläßlich seines Vortrages in der Hamburger Forensisch-Psychologischen Gesellschaft ausführlich erörtert hat; auch hier darf die A.-R. nur die klinische Diagnose unterstützen, nie aber bei mangelnden klinischen Symptomen den Ausschlag geben.

Ewald-Rostock-Gehlsheim: Der Bemerkung des Herrn Professor *Lichtwitz* gegenüber sei festgestellt, daß aus dem Institut eines angesehenen ersten phys. Chemikers, Prof. *Emden*, Arbeiten erschienen sind, die sich durchaus im Sinne der *Abderhalden*schen Gedankengänge aussprachen.

Ob man das *Abderhalden*-Verfahren ausschlaggebend sein lassen soll in gerichtlichen Fällen, scheint mir zum mindesten zweifelhaft bei der großen Diffizilität der Methode. Bei ungewissen Diagnosen von Tumoren ließ ich zwar die Methode bezüglich Laparatomie mit Erfolg ausschlaggebend sein. Die Entscheidung, ob Verurteilung oder nicht, erscheint mir aber doch zu weittragend, um sie lediglich auf das *Abderhalden*-Verfahren zu stützen. Übrigens habe ich Dr. *R.* dahin verstanden, daß auch für ihn das Ausschlaggebende die klinische Diagnose ist und die übereinstimmende A.-R. nur als willkommene Bestätigung der Diagnose betrachtet wird.

Rautenberg (Schlußwort): *R.* betont, daß bei Hysterie nie Hirn- und Hodenabbau gefunden wurde, sondern nur eins von beiden. Er wiederholt, daß bei Innehaltung der von ihm nochmals aufgestellten Forschungen sowohl in serologischer wie klinischer Hinsicht die A.-R. bisher so gute Resultate ergeben hat, daß die Bedeutung derselben als diagnostisches Hilfsmittel anerkannt werden muß und damit auch die Anwendung der-



selben für die forensischen Begutachtungen berechtigt ist. Den Vorhaltungen der gänzlichen Unbrauchbarkeit der Methode stehen die Resultate gegenüber, und man kann da nur den Schluß ziehen, daß solche Angriffe nicht auf den gleichen klinischen Erfahrungen nach dieser Richtung hin begründet sind, oder daß die serologischen Untersuchungen nicht in den Händen eines solchen Serologen gewesen sind, wie man es für die Ausführung der *Abderhalden*-Reaktion verlangen muß.

II. Sitzung:

Beginn: nachmittags 2¼ Uhr — Vorsitzender: *Kleist*-Rostock.

Es wird zunächst über den Ort der nächsten Jahresversammlung beraten und Rostock vorgeschlagen.

Runge-Kiel überbringt eine freundliche Einladung von Geheimrat Professor Dr. *Siemerling* zur Tagung des Vereins in der Kieler Klinik. — Die Versammlung spricht ihren Dank aus und beschließt, der Einladung zu folgen, jedoch erst im übernächsten Jahre, nachdem sie 1918, hoffentlich zur Friedenszeit, dem Beschluß von 1914 entsprechend Rostock aufgesucht hat.

Antrag *Cimbal*-Altona: Die Versammlung norddeutscher Irren- und Nervenärzte möge beschließen, die zur Sitzung angemeldeten und nicht gehaltenen Vorträge als Material einer Kommission zu überweisen. — Diese möge in geeigneten Zeiträumen nach Art der periodischen Verhandlungen (geburtshilflicher-biologischer Verein) Diskussionssitzungen einberufen, in denen die Vorträge gruppenweise nach dem Inhalt geordnet zur Diskussion gestellt werden. — Um die Möglichkeit einer ausgiebigen, klärenden und endgültigen Diskussion zu geben, sollen an diesen Sitzungen lediglich Fachärzte und Sanitätsoffiziere teilnehmen.

Die Mitglieder sollen es währenddessen nach Möglichkeit vermeiden, Demonstrationen und Vorträge auf ungeklärten Gebieten in allgemein ärztlichen Vereinen derart vorzutragen, daß eine freie Kritik und Aussprache über die dort vorgetragenen Ansichten durch die Art des Vortragens (Demonstrationen im Hamburger Ärztlichen Verein und dergleichen) unmöglich gemacht werden.

Die Angelegenheit wurde zur Erledigung einem Ausschuß, bestehend aus den Herren *Cimbal*, *Holzmann*, *Trömmer*, *Weygandt*, übertragen.

Es wird eine Anregung, die von Professor *Saenger* ausgeht, unter Zustimmung der Versammlung vorgetragen, daß künftig der Verein gelegentlich auch tagen möge in einem der mit Nervenabteilungen versehenen großen Krankenhäuser Hamburgs, das ja, entsprechend der daselbst ansässigen großen Mitgliederzahl, öfter aufgesucht werden könne. — Es erhebt sich kein Widerspruch.

Antrag *Nonne*-Eppendorf: „daß für die nächste Jahresversammlung des Vereins Norddeutscher Psychiater und Neurologen nur Referate

gemeldet werden und die Diskussionsredner sich vorher melden und sprechen können, so lange sie wollen".

Nach einer Besprechung, an der *Riedel*, *Kleist*, *Weygandt*, *Trömmer*, *Repkewitz*, *Dabelstein* teilnehmen, wird beschlossen, die Angelegenheit dem die nächste Versammlung vorbereitenden Vorsitzenden zu überlassen.

Röper-Hamburg: Zur Prognose der Kriegsverletzungen des peripheren Nervensystems.

Da es sichere Kriterien für die Schwere einer Nervenverletzung nicht gibt, ist man bei den Fällen, in denen es nicht zu einer Freilegung kam, in bezug auf die Stellung der Prognose vorwiegend auf seine persönliche Erfahrung angewiesen. Im allgemeinen kann man sagen, daß bei erheblichen, auch makroskopisch erkennbaren Schädigungen der peripheren Nerven die Felddienstfähigkeit der Verwundeten nur in vereinzelten Fällen wiederhergestellt wird, auch eine Restitutio ad integrum wird kaum je erreicht. Vortragender hat seine Aufzeichnungen bis Ende April 1917 durchgearbeitet; er verfügt über 579 Befunde. Es handelt sich, da zahlreiche Verwundete der dem Marinelazarett Hamburg angegliederten Kriegsbeschädigten-Abteilung angehören, meistens um häufig untersuchte und lange beobachtete Fälle. 385mal waren die Arme, 194mal die Beine betroffen; Plexus cervicalis 1-, Plexus brachialis 15-, thoracalis longus 18-, musculo-cutaneus 11-, medianus 128-, ulnaris 161-, radialis 133-, ulnaris und medianus gleichzeitig 94mal, Plexus lumbalis und sacralis 2-, femoralis 10-, ischiadicus 79-, peronaeus 74-, tibialis 54mal

Vortragender bespricht dann 3 Kapitel aus der Therapie: 1. die Reizzustände im Tibialis- und Medianus-Gebiet, 2. die chirurgische Behandlung und 3. die durch psychogene Ausfälle komplizierten Fälle.

Kaum jemals sah Ref. eine Läsion des Wadenbeinnerven ohne erhebliche Reizzustände sensibler und auch motorischer Art. Die hyperalgetische Fußsohle führt zu schwersten Gehstörungen und ist vielfach Grund zu hysterischen Beimengungen. Ähnlich wie der tibialis verhält sich der medianus; diese beiden Nerven nehmen gegenüber dem übrigen peripheren Nervensystem eine Sonderstellung ein, sie sind mit besonders feinen und empfindlichen sensiblen und trophischen Fasern versehen. Bei der Besprechung der Behandlung der Reizzustände berichtet Ref. über günstige Erfahrungen mit lokalen Fibrolysin-Einspritzungen. Die anästhetische Fußsohle ist bei der Rentenabschätzung besonders mit 10—15 % zu bewerten. Es wird über die wenig erfreuliche Behandlung der trophischen Geschwüre an der Fußsohle berichtet.

Ref. übersieht 121 Nervenfreilegungen, die bis Oktober 1916 ausgeführt wurden. 59mal Naht, 62mal Neurolysis. Letztere zuweilen von sehr großem Nutzen, aber keineswegs immer. Bei 13 genähten Nerven Zeichen wiederkehrender Funktion, und 1 radialis so vollständig, daß Pat. wieder felddienstfähig. Wiederkehr der Funktion schwankte zwischen 1 Monat bei einem gelegentlich einer Ellenbogenresektion durchschnittenen



und sofort genähten ulnaris und 2 Jahren bei einem ischiadicus. Früh genähte Nerven scheinen günstigere Prognose zu haben. Regelmäßiges, überlegtes Galvanisieren ist von Nutzen.

Psychogene Überlagerungen oder psychogenes Haftenbleiben abgeheilter Lähmungen sah Ref. etwa 20mal. Bei geistig vollwertigen Individuen wird eine beginnende hysterische Beimengung von einem aufmerksamen Arzt schnell im Keim erstickt werden können. Bei voll entwickelten hysterischen Lähmungen hatte Ref. die günstigsten Erfolge, wenn er den Verwundeten die Natur ihrer Lähmungen möglichst klar machte, ihnen das Wesen der elektrischen Erregbarkeit bei andern organisch gelähmten demonstrierte und dann, durch Ablenkung und kontralaterale Mitbewegungen unterstützt, während der Visite eine Überrumpelung ausführte. Beim *Kaufmann* wurden die Patienten gar zu verängstigt; dem Vortragenden ist diese unpsychologische Methode unsympathisch, obgleich er auch mit ihr Erfolge hatte. Keiner der zahlreichen Methoden zur Beseitigung psychogener Erscheinungen wird man nachsagen können, sie sei die beste, jeder muß mit der arbeiten, die ihm am meisten zusagt, immer wird es darauf ankommen, die im Unterbewußtsein entstandenen Störungen auch im Unterbewußtsein zu beseitigen. Recht gibt nur der Erfolg!

Kleist-Rostock: Schreckpsychosen.

Vortr. hat vom Oktober 1914 bis August 1916 in einem Kriegslazarett des Westens 109 Schreckpsychosen beobachtet, die nach nahen Granateinschlägen, Verschüttungen und ähnlichen schreckhaften Erlebnissen aufgetreten waren. Die Schreckpsychosen bildeten ungefähr den 4. Teil der überhaupt aufgenommenen Geistesstörungen. Die Zahl der Schreckpsychosen verhielt sich zu der der Schreckneurosen wie 1 : 2. Die Krankheitsfälle konnten mit vereinzelten Ausnahmen bis zu ihrem Ablauf beobachtet werden. Die Durchschnittsdauer der bis zur Genesung beobachteten Fälle betrug 10 Tage; in der Hälfte der Fälle wenige Stunden bis 6 Tage; nur 2 Kranke waren 30 Tage geistig gestört. Die Zustandsbilder waren sehr einförmig. Es überwogen bei weitem Dämmerzustände (58) und Stuporzustände (42). Die meisten Dämmerzustände waren von ängstlichem Affekt und großer Schreckhaftigkeit begleitet. Sinnestäuschungen, in denen schreckerregende Vorgänge wiedererlebt wurden, traten bei einigen Fällen mehr in den Vordergrund, zum Teil in Verbindung mit einer besonders zu Beginn der Erkrankung ausbrechenden Erregung.

Tiefe, gleichmäßige und lange andauernde Benommenheit, die an organische Betäubung denken lassen konnte, war sehr selten.

Den angstvollen Dämmerzuständen stand eine geringe Zahl heiterer Dämmerzustände gegenüber. Die Kranken empfanden ihre Heiterkeit zum Teil selbst als widersinnig (Zwangslachen!); grauenhafte Erlebnisse wurden unter Lachen berichtet. Mehrere Kranke boten darüber hinaus ein leicht manisches Bild mit Ideenflucht, Witzeln, leichtem Rede- und



Bewegungsdrang. Daneben gingen die Grundsymptome des Dämmerzustandes (Bewußtseinstrübung, Desorientierung in Ort und Zeit, Merkschwäche, Amnesien) einher. Vortr. faßt die krankhafte Heiterkeit als Kontrasterscheinung im Gebiete der Gefühlsempfindungen ähnlich dem Farben- und Temperaturkonstrast auf.

In vereinzelten Fällen traten die Zeichen des Dämmerzustandes hinter einer hochgradigen, teils angstvollen, teils blindwütigen Erregung (in einem Falle Erschießung eines Kameraden!) zurück. Diese Erregungszustände, die von ganz kurzer Dauer waren, erinnerten durchaus an pathologische Rauschzustände (2 Fälle).

In den sehr viel häufigeren Stuporzuständen war die Stimmung bald apathisch, bald ängstlich, vereinzelt auch heiter. Ein Fall mit starkem Negativismus glich sehr einem katatonischen Stupor, ging aber trotz verhältnismäßig langer Dauer von 30 Tagen auch in volle Genesung aus. Die Stuporzustände waren auffallend häufig von Schwerhörigkeit, Ertaubung, Schwindel (Schädigungen des Trommelfells bzw. des inneren Ohres) begleitet.

Von den Dämmerzuständen hoben sich 6 Fälle durch eine größere Klarheit des Bewußtseins und durch das Auftreten expansiver, phantastischer Vorstellungen ab: expansive Delirien. Ein Kranker behauptete, große Erfindungen gemacht zu haben, sprach von Patenten und Kompositionen; ein anderer bezeichnete sich als Graf Eppstein (er hieß Eppler), glaubte als Kriegsberichterstatter ins Große Hauptquartier berufen zu sein und behielt diese Größenvorstellungen mehrere Tage nach Ablauf einer anfänglichen Bewußtseinstrübung bei.

In einem vereinzelt dastehenden Falle entwickelte sich aus einer ganz vorübergehenden erregten Umdämmerung eine ca. 1 Woche andauernde Halluzinose. Der Kranke floh voller Angst vor Soldaten, die vermeintlich zu Fuß und zu Wagen hinter ihm her waren. Alkoholismus lag nicht vor.

Die Schreckpsychosen haben gewisse gemeinsame Eigentümlichkeiten. Einmal den systematischen Charakter der Störungen. Die seelischen Leistungen sind mit vereinzelten Ausnahmen nicht allgemein ungleichmäßig, sondern wahlweise, in der Richtung einzelner affektvoller Vorstellungskomplexe gestört (z. B. Amnesie für die auslösenden Komplexe in den Sinnestäuschungen, Mutismus gegenüber bestimmten Fragen, Danebenreden, Pseudodemenz). Eine weitere gemeinsame Eigentümlichkeit ist das sehr häufige gleichzeitige Bestehen körperlich hysterischer Symptome, die die Psychose überdauern oder erst nach deren Ablauf deutlich wurden.

So zeigen die Schreckpsychosen auch in symptomatologischer Hinsicht ihren psychogenen Charakter.

Steyerthal-Kleinen: Die Hysterie im Kriege.

Der Vortr. erwähnt eingangs, daß er seit 10 Jahren einen vergeb-



lichen Kampf gegen den Mißbrauch des Wortes Hysterie führe. Niemand sei bisher auf seine Seite getreten, die wenigsten hätten seine Lehre verstanden. Er habe niemals eine Theorie über das Wesen der Hysteriker gegeben, sondern immer behauptet, daß die sogenannten hysterischen Stigmata, einschließlich des Anfalls, Ermüdungs- und Erschöpfungszeichen seien, ihr Vorkommen bei den verschiedensten geistigen und körperlichen Krankheiten sei leicht erklärlich, ja beinahe selbstverständlich, folglich gehörten diese Zeichen nicht in die spezielle Medizin, sondern in die allgemeine Krankheitslehre; der Morbus hystericus sei eine künstlich aus allen Gebieten der Pathologie zusammengelesene Cohors morborum.

Die Erfahrungen bei den Kriegsneurosen hätten den letzten Zweifel an der neuen Lehre beseitigt. Hier von Hysterie zu sprechen, sei unverantwortlich, denn das Wort entfessele eine große Schar von widersprechenden Begriffen: psychopathische Minderwertigkeit, Degeneration, geborenes Verbrechertum, pathologische Lüge, Simulation, Übertretung, bewußter Schwindel, weibische Schwäche und nicht zum letzten das sexuelle Moment in Gestalt des überwertigen Geschlechtstriebes.

Bei den Verhandlungen über die Kriegsneurosen sei deutlich erkennbar, daß vorwiegend die grundverschiedene Auffassung der Hysterie als einer selbständigen Krankheit das gegenseitige Verstehen hindere.

Aus den Verhandlungen sei ferner zu entnehmen, daß sich ein Wandel in den Anschauungen über das Wesen der Hysterie geltend mache. Wenn auch bisher kaum einer der Forscher geneigt sei, das alte Phantombild gänzlich in das Reich der Schatten zu verweisen, so sei der Glaube an die Lehre *Charcots* und seiner Nachfolger gründlich erschüttert. Die Kritik mache sich dem bisherigen Sprachgebrauche gegenüber alleroren geltend. Bücher, die ohne jede Rücksicht auf den deutlich einsetzenden Wandel der überkommenen Anschauungen starr auf dem Boden der alten Lehre verblieben, müßten bereits in statu nascendi als senil bezeichnet werden, dahin gehöre vor allem die Bearbeitung von *Lewandowsky*.

In der Sprache des gemeinen Lebens habe sich das Wort dermaßen eingebürgert, daß es nicht mehr auszurotten sei. Schaden könne dadurch nicht entstehen, denn der großen Menge gelte es einzig und allein als bissiges Schimpfwort, als wissenschaftliche Diagnose sei es unbrauchbar und müsse demgemäß aus dem Wortschatze des kritisch denkenden Arztes verschwinden.

Nonne-Wachsner-Hamburg-Eppendorf: Therapeutische Erfolge in der Behandlung sogenannter Neurosen.

Wachsner-Hamburg: Der Wert der *Kaufmann*schen Methode zur Beseitigung funktioneller Störungen bei Soldaten ist jetzt erst allgemein anerkannt. Die Methode ist von verschiedenen Seiten modifiziert worden und hat sich insbesondere auf der *Nonne*schen Abteilung zu einer Form herausgebildet, die man als „Persuasionsmethode“ bezeichnen kann. Auf diese Weise ist ihr jeder „brutale“ Charakter genommen. Der zur Ap-

plikation kommende elektrische Strom spielt nur eine untergeordnete Rolle, seine Stärke ist ungefähr die bei den elektrischen Untersuchungen übliche. Die Nachbehandlung besteht in Turn-, Exerzierübungen und Arbeitstherapie. Im allgemeinen ging das Bestreben dahin, in einer einzigen Sitzung zum Ziel zu gelangen, doch lehrte die Erfahrung, daß dieser Grundsatz nicht unbedingt innegehalten zu werden braucht. Vor der Anwendung durch Vortragenden haben *Wohlwill*, *Paschen* und *Kalmus* sich mit der Methode befaßt.

Die Abteilung verfügt bis jetzt über ein Material von 130 Fällen. Diese setzten sich zusammen aus solchen von motorischen Lähmungserscheinungen, motorischen Reizerscheinungen, funktionellen Geh- und Stehstörungen und funktionellen Sprachstörungen. Die eingehend aufgenommene Anamnese ergab, daß nur bei einem geringen Prozentsatz eine neuropathische Belastung vorlag; auch ließen sich nur bei einer geringen Anzahl neuropathische Züge im Vorleben und sogenannte Degenerationsstigmata feststellen. Der Körperbau war fast durchweg kräftig und der Ernährungszustand gut, so daß die weit verbreitete Ansicht, daß nur schwächliche und belastete Individuen von dieser Form der Neurose befallen würden, nach den auf der Nonneschen Abteilung gemachten Erfahrungen nicht zutrifft. Die Mehrzahl gab ein Trauma als Entstehungsursache für das Leiden an (Verschüttung, Verwundung, Platzen einer Granate in der Nähe). Bei den übrigen kam ein somatisches Trauma nicht in Frage, vielmehr hatte sich das Leiden im Lazarett oder auf Urlaub eingestellt. Mit Ausnahme von zweien kamen frische Fälle gar nicht zur Aufnahme. Monatelang, ja bis zu 2 Jahren, hatten die Patienten in mehreren Lazaretten herumgelegen. Die bisherige Therapie war in fast allen Fällen die gleiche gewesen: die Kranken waren zum Pendeln gegangen, massiert, elektrisiert oder in Heilbäder geschickt worden, hatten Brom erhalten, Stumme an Sprachkursen teilgenommen. Die Antwort auf die Frage, wer das Elektrisieren vorgenommen hätte, lautete mit verschwindenden Ausnahmen: die Schwester, oder: ein Wärter. Viele brachten Korsetts, Geradehalter, Stöcke oder Krücken mit; diese konnten jedoch bald der Sammlung der „Spolia opima" einverleibt werden. Die meisten Patienten mußten, da nach der Beseitigung der Symptome die Bereitschaft zur Hysterie bestehen blieb, als kriegsunbrauchbar entlassen werden. Sie können dem Staate, besonders wenn es sich um wichtige Facharbeiter oder Landwirte handelt, mehr Nutzen bringen, als wenn sie wieder zum Heeresdienst herangezogen werden. In letzterem Falle versagen sie erfahrungsgemäß doch wieder — erfreuliche Ausnahmen kommen vor! —, und die Wanderung von Lazarett zu Lazarett beginnt von neuem. Andere wurden der Beschäftigung in der Kriegsindustrie zugeführt, eine Anzahl auch für bedingt g. v. erklärt. Stets fand die Entlassung unter Umgehung des Ersatzbataillons statt, weil sonst das Auftreten eines Rezidivs zu befürchten war. Prinzipiell wurden niedrige Renten bewilligt, um die



Geheilten zur baldigen Aufnahme einer Beschäftigung zu veranlassen. Der Prozentsatz der Heilungen stieg im Laufe der Zeit von 62% immer mehr an und beträgt jetzt 82%. Bei den Versagern lag zumeist mala voluntas vor, einzelne bekamen Herzbeschwerden, andere verweigerten bald nach Beginn die weitere Behandlung. Es fand dann Meldung an den Chefarzt statt. Vortr. berichtet über je einen Fall von den oben erwähnten Kategorien. Die Vorteile der *Kaufmann*schen Behandlung bestehen darin, daß durch sie dem Staate die Zahlung hoher Renten erspart, der Lazarettaufenthalt beträchtlich abgekürzt wird und die Patienten bald ihrem Beruf zugeführt werden. Ungeeignet sind debile und ältere Kranke sowie Erethiker. Für solche Fälle eignet sich mehr die Suggestion in Hypnose. Schwer zu beeinflussen waren Zittern und schlaffe Lähmungen, und unter diesen wieder besonders schwer die der oberen Extremitäten. Wie vorher erwähnt, genügte zur Beseitigung der Symptome meist eine einzige Sitzung. Wurde in der ersten nicht ein merklicher Fortschritt erzielt, so wurden weitere Versuche aufgegeben, und der Pat. zur Hypnosebehandlung verlegt. Gegenüber diesen Vorteilen der Methode sind irgendwelche Nachteile nicht beobachtet worden.

Ebenso günstig lauten die Resultate der Hypnosebehandlung, und der mit beiden Methoden auf der *Nonne*schen Abteilung erreichte Prozentsatz von „Heilungen" kann heute auf 85—90% festgelegt werden. Es steht soweit die Tatsache fest, daß bei genügender Energie und einigem Geschick des Arztes der hysteriformen Kategorie der sogenannten Kriegsneurosen beizukommen ist, daß das erwähnte Resultat sich erzielen läßt und auch erzielt werden muß.

Aussprache. — *Walter*-Rostock-Gehlsheim teilt seine therapeutischen Erfolge bei den funktionellen Kriegsneurosen mit. Von annähernd 70 in den letzten 4 Monaten in die Lazarettabteilung der Rostocker psychiatrischen Klinik aufgenommenen Fällen wurden 8 durch Hypnose, 3 durch Zwangsexerzieren und 55 durch *Kauffmann*sche Behandlung geheilt. Nur ein Fall, bei dem es sich aber um keine Kriegsneurose, sondern um einen seit Jahren bestehenden Tremor der rechten Hand handelte, verhielt sich gegen alle Heilungsversuche refraktär.

Ein zweiter Fall von Gehstörung wurde, nachdem er durch *Kauffmann*-Behandlung vorübergehend geheilt, dann aber sofort wieder offenbar cum mala voluntate rezidivierte und sich gegen weitere Behandlung sträubte, entlassen. Die *Kauffmann*-Behandlung wurde nicht streng nach den ursprünglichen Vorschriften durchgesetzt, sondern individuell variiert und vor allen Dingen durch Verbalsuggestion unterstützt. Nur dort, wo allerdings in nicht seltenen Fällen Aggravation offensichtlich mit im Spiele war, wurden starke schmerzhafte Ströme angewandt. Die Hypnose versagte bei einer Reihe von Fällen, da es nicht gelang, die Kranken in hypnotischen Schlaf zu versetzen.

Die günstigsten Erfolge zeitigte die Hypnose bei den starken Tremorformen, bei denen der offensichtliche Wunsch der Patienten nach Heilung



erkennbar war. Hier genügte eine verhältnismäßig kurze Sitzung zur vollständigen Beseitigung der Symptome. *W.* ist der Ansicht, daß die Schwierigkeiten in der Einleitung der Hypnose zum Teil auf ein individuelles Moment des Hypnotiseurs zurückzuführen sind, die auch einer allgemeinen Anwendung derselben im Wege steht.

Da gerade der Tremor und die Myoklonie nach Ansicht *W.*s für *Kauffmann*-Behandlung die am wenigsten günstigen Neurosenformen sind, scheint ihm hier eine wertvolle gegenseitige Ergänzung der Methode vorzuliegen.

Über die Dauererfolge können bisher keine Mitteilungen gemacht werden, obwohl seit längerer Zeit am Schluß jedes Krankenblattes die Bitte ausgesprochen ist, im Falle der Wiedererkrankung eine diesbezügliche Mitteilung auf beiliegender Karte zu machen.

Eine Kriegsverwendbarkeit kam nur ganz ausnahmsweise in Frage. Die große Mehrzahl wurde als arbeits- oder garnisondienstfähig für die Heimat entlassen.

Wagener-Lübeck: Arbeitstherapie und Rentenabschätzung bei Kriegsneurotikern.

Die körperliche und seelische Ertüchtigung der Kriegsneurotiker wird in der Phase der Nachbehandlung erreicht nur durch eine systematische Beschäftigungstherapie, jedoch nicht durch Turnen, Spiele, Bastelhandfertigkeits- und sonstige Liebhabereiarbeiten, auch nicht durch die mit erheblichen Mängeln behaftete Arbeit in Lazarettwerkstätten, sondern durch berufliche Beschäftigung der Kranken in den bürgerlichen Betrieben außerhalb des Lazaretts für regelrechten, ihren Leistungen angemessenen Lohn. Auch die diffizilen Psychopathen werden mit gutem Erfolge hierzu herangezogen.

Seit Ende 1916 bis Juni d. J., also innerhalb rund eines halben Jahres, hat die Neurotikerstation in Lübeck 263 Arbeitsstellen in den allerverschiedensten Betrieben der Industrie, des Handels, Wandels und Verkehrs in Anspruch genommen.

Auf die Organisation des Ausbaues dieser beruflichen Arbeitstherapie kann hier im einzelnen nicht näher eingegangen werden, doch sei erwähnt, daß alle berufstherapeutisch Beschäftigten einer dauernden listenmäßigen scharfen Kontrolle unterliegen, auch über ihre Entlassung aus dem Lazarett hinaus, indem durch fortlaufende katamnestische Erhebungen ein fortlaufender Überblick über das wirtschaftliche Schicksal der Neurotiker auch weiterhin im bürgerlichen Leben gesichert ist.

Die Arbeitstherapie hat einen Rückgang der Dienstunbrauchbarkeit von 25% auf 12% erzielt.

Die Mehrzahl der Dienstuntauglichen kann ohne Rente entlassen werden.

Unsere katamnestischen Erhebungen haben ergeben, daß 90% der d. u. entlassenen Neurotiker wieder arbeiteten, 30% davon in eigenen



oder den Betrieben der Eltern, 60 % in fremden Stellungen, wo ihr Lohnverdienst schwankte zwischen 50—100 M pro Monat neben freier Station in 3 % der Fälle und 100—500 M. pro Monat in 57 %.

Beschäftigungslos und ohne Lohnverdienst war nicht ein einziger.

2,9 % waren wiederum inzwischen zum Heeresdienst eingezogen worden.

Über den Rest von 7,1 % laufen noch die Anfragen. Ein Ergebnis, welches das wirtschaftliche Zukunftslos der Kriegsneurotiker wahrlich nicht in einem düsteren Licht erscheinen läßt.

Jeder Neurotiker wird, bevor der Gutachter sein endgültiges Urteil über seine Erwerbsfähigkeit abgibt, zuvor einer beruflichen Belastungsprobe unterworfen.

Boettiger-Hamburg: Die Hautreflexe bei Hysterie.

B. wendet sich gegen die Behauptung *Curschmanns*-Rostock (Diskussion München 1916), daß bei hysterischen Sensibilitätsstörungen die Hautreflexe auf der analgetischen Seite schwächer seien als auf der gesunden. *B.* hält dies für eine Irrlehre. Wenn man mit nötiger Vorsicht und wiederholt untersucht, wird man stets bei funktionellen Lähmungen absolut gleiche Hautreflexe auf der gelähmten und gesunden Seite feststellen können. Verschiedenheit der Hautreflexe ist genau ebenso ein Zeichen organischer Krankheit wie Verschiedenheit der Sehnenreflexe. Das ist gerade in der jetzigen hysteriefreudigen Zeit besonders zu betonen.

B. referiert über einschlägige Beobachtungen. Bezüglich der hysterischen Sensibilitätsstörungen hat *B.* keine Veranlassung, von seinem ablehnenden Standpunkt abzulassen.

Repkewitz-Schleswig: Über die Simulation und Übertreibung.

Die Frage der Simulation von geistigen und nervösen Störungen hat infolge der Kriegsverhältnisse eine erhöhte Bedeutung gewonnen. Sie war immer wichtig in der gerichtlichen Medizin und auf dem Gebiete der Unfallversicherung. Die gleichen Verhältnisse finden sich in bezug auf die Versorgung der Kriegsbeschädigten. Als dritter Faktor für Simulation und Übertreibung kommt hinzu die Abneigung mancher Dienstpflichtigen gegen die Gefahren und Unbequemlichkeiten des Heeresdienstes.

Es mehren sich die Fälle, in denen Heerespflichtige von den Truppenärzten dem Lazarett zur Feststellung überwiesen werden, ob nicht Simulation und mangelnder Gesundheitswille vorliegen, und ob nicht eine Erzwingung der Dienstpflicht durch Bestrafung geboten sei. Die Lazarettbeobachtung zeigte nun in bezug auf Simulation von Geistesstörung nichts Neues. Es wurden einzelne Krankheitssymptome, wie vereinzelte Wahnideen oder unechte Sinnestäuschungen, aber keine richtigen Krankheitsbilder vorgetäuscht, und zwar durchweg von solchen Soldaten, gegen die ein gerichtliches Verfahren schwebte, oder die sich in Strafvollzug befanden. Häufiger wurde fälschlich Amnesie als Entschuldigung angegeben, besonders in Fällen von unerlaubter Entfernung.



Andrerseits ergab sich in wenigen Fällen, daß das Gericht zunächst Feigheit und Simulation angenommen hatte, wo mit größter Wahrscheinlichkeit ein Dämmerzustand auf schwerer neurasthenischer Basis und infolge der gewaltigen Sinneseindrücke an der Front vorgelegen hatte. Schwierig war es bei reinen Affektvergehen (Ungehorsam, Achtungsverletzung) Übertreibung richtig zu bemessen, echte Reizbarkeit und Mangel an gutem Willen zu unterscheiden.

Von nervösen Störungen wurden vorgetäuscht oder übertrieben: Zittern eines oder beider Arme, Krampfanfälle, Gleichgewichtsstörungen und Ischias.

Das Zittern war gröber, angestrengt, hörte auf bei Nichtbeobachtung und bei Ablenkung während der Untersuchung. Bei den Anfällen handelte es sich um regelloses Herumarbeiten mit dem ganzen Körper, sowie unbezwingbares Zusammenkneifen der Augenlider. Die Anfälle blieben fort bei Nichtbeachtung bzw. Androhung von Verlegung in abgeschlossene Räume. — Schwanken bei Fußaugenschluß findet sich häufig bei den Kriegsneurosen, mehrfach in Form eines rücksichtslosen Hinstürzens (nicht aber bei Blick nach oben). Dieser Romberg, bei dem Verletzungen nicht vorkamen, beruhte in einzelnen Fällen auf starker Übertreibung. Es fanden sich gleichzeitig andere Übertreibungen.

Vorsicht war notwendig in bezug auf Glaubwürdigkeit der Angaben über die Krankheitsursache: Verschüttung, Verletzung. Angebliche Kriegsverletzungen waren vereinzelt schon vor der Militärzeit erfolgt.

Die Zahl der Fälle von Simulation und bewußter Übertreibung war aber sehr gering im Verhältnis zu der Gesamtzahl der beobachteten Nervenkranken. Erheblich war der Prozentsatz nur unter den Kriminellen oder Vorbestraften. Bei fast allen ließ sich geistige Abartigkeit, Debilität oder psychopathische Konstitution nachweisen.

Viel häufiger kam Überschätzung und mehr oder weniger unbewußte Übertreibung nervöser Störungen vor, angefangen von den krassen Fällen, in denen schon nach kurzer Dienstzeit und ohne erhebliche Strapazen über ein fast völliges Versiegen der Arbeitsfähigkeit geklagt wurde, bis zu den deutlichen Zuständen von Kriegspsychoneurosen.

Die genauere Beurteilung der Dienstfähigkeit und Erwerbsfähigkeit der leichteren Grade von Kriegsneurose machte oft Schwierigkeiten, wenn die Kranken während der Lazarettzeit nicht beschäftigt werden konnten oder widerwillig an eine Tätigkeit herangingen. Regelmäßige starke Pulsbeschleunigung in der Ruhe verschwand mehrfach bei der Arbeit oder nach weiteren Ausgängen.

Die nervösen und hysterischen Zeichen hatten sich in vielen Fällen nicht als direkte Kriegsbeschädigung durch unmittelbare Einwirkung einer Verschüttung oder eines Granatfeuers eingestellt, sondern erst längere Zeit später im Lazarett, auf Urlaub oder bei der Rückreise zur Front. Dieses wurde bei der Abmessung der Dienstbeschädigung in Betracht gezogen als eine, wenn auch teilweise unbewußte, Willensschwäche.

Obwohl sich nur bei manchen Nichtdienstwilligen Zeichen bewußter oder unbewußter Übertreibung fanden, so handelte es sich auch bei diesen durchweg um Nervenschwächlinge, die einer besonderen Berücksichtigung im Heeresdienst bedurften, und konnte deshalb nur in vereinzelten Fällen der Truppe geraten werden, eventuell mit Strafen gegen das Fehlen des guten Willens oder die mangelnde Energie vorzugehen.

Kriegsverwendungsfähig wurden mit wenigen Ausnahmen eigentlich nur Kriminelle, die durch den Felddienst Strafaufschub erlangen wollten. Die meisten auf Simulation und Übertreibung Verdächtigen blieben doch nur g. v. für leichten Dienst oder a. v. mit Berücksichtigung ihres Berufes.

Cohen-Hamburg-Friedrichsberg: Über Suggestibilität und Neurosenbehandlung.

Entsprechend der in den Zeitläuften begründeten allgemeinen Erhöhung der Suggestibilität ist auch die Suggestibilität der Neurotiker noch etwas stärker als gewöhnlich. — Sich diese erhöhte Suggestibilität nach allen Richtungen dienstbar zu machen, ist die Hauptsache bei der Neurosenbehandlung. Es gilt, die Individualsuggestibilität zu heben und durch Zusammenschweißen der Individualsuggestibilitäten eine Massensuggestibilität zu erzeugen, um sich so eine der Heilung günstige Atmosphäre zu schaffen. Dann empfiehlt sich die Zusammenlegung aller Neurotiker in einem Raum und ihre gemeinsame Behandlung. Die eng vereinten Neurotiker gewöhnen sich ihre Symptome einer an dem andern ab, genau wie sich die Hysteriker in der klassischen Ära *Charcots* ihre Symptome gegenseitig ansuggerierten.

Wie der Arzt die Suggestibilität der Kranken erhöht, erhöhen die Kranken die Suggestibilität des Arztes. Mit den Heilerfolgen, die er erzielt, wächst sein Glaube an die von ihm ausgehende Suggestivkraft, wächst sein Heilungswille. Ist der Arzt nun noch dazu von Haus aus sehr autosuggestibel, so nähert er sich psychisch dem Laienbehandler, der eben wegen seines unerschütterlichen Glaubens an sich selbst auf die Kranken so erfolgreich wirkt. Negativ wirkt der Neurotiker auf solche Ärzte, die infolge innerer Ablehnung gegen alles Unwahre und Falsche den natürlichen Widerwillen des Geistesrobusten gegen die übertrieben und unecht erscheinenden Krankheitsäußerungen nicht zu überwinden vermögen. Dadurch geraten diese Ärzte leicht in einen Zustand von Gereiztheit dem Kranken gegenüber, und psychischer Rapport ist unmöglich. Damit scheiden diese Ärzte natürlich auch für die Behandlung aus.

Die erhöhte Suggestibilität der Ärzte zeigt sich in der übertriebenen Wertschätzung einzelner Methoden. Die Methoden sind so alt wie die Kenntnis der Hysterie, eine ist so gut wie die andere: entscheidend ist nur der Erfolg.

Nach Besprechung der verschiedenen in Friedrichsberg geübten Methoden wird an zwei Mißerfolgen gezeigt, wie vorsichtig man mit der Annahme einer Heilung sein muß. Bei geringerer Selbstkritik wären beide Fälle sicher als Heilungen an die Literatur eingegangen.



Aussprache. — *Holzmann*-Hamburg erwähnt und schildert zwei Fälle, die im äußeren Bilde völlig gleich sind, bei denen die einzelnen äußeren Symptome gleichermaßen, wenn überhaupt, die Anwendung der Diagnose „Hysterie" herbeiführen müßten.

Der erste war aber ein familiär schwer entarteter Lügner und Schwindler, Fürsorgezögling. Das Fortbringen der äußeren Symptome ist unwesentlich, die sittliche Minderwertigkeit, die treibende Ursache des Bildes, bleibt.

Der zweite Fall, ein sehr berühmter Kampfflieger, war sehr erschöpft, es wäre größtes Unrecht und ist völlig falsch, in bezug auf Heilungsfähigkeit, Dienstfähigkeit, Dienstbeschädigung diese sittlich hochwertige Perlichkeit auf eine Stufe mit den vorerwähnten schwer Entarteten zu stellen. Leichter Dienst ¾ Jahr. Jetzt seit ½ Jahr wieder Kampfflieger.

Also nur genaue Analyse und genaueste Untersuchung der Gesamtpersönlichkeit gibt ein richtiges Urteil über Dienstfähigkeit, Heilung und Dienstbeschädigung.

Cimbal-Altona: Der Heilerfolg der *Nonne*schen Behandlung war in zahlreichen hartnäckigen Fällen zweifellos oft überraschend. Die Ausbreitung der Zwangsbehandlung auf sehr zahlreichen Stationen hat jedoch außer den bekannten besonders zwei bedauerliche Folgerungen gezeitigt. Zunächst sind durch das verständliche allgemeine Interesse für diese raschen Scheinheilungen die viel wichtigeren Fragen verdrängt worden, wie man durch richtige Verwertung und Erziehung der Unterwertigen die Kriegsneurosen verhindert, und was mit den nicht rentenberechtigten, erwerbsuntüchtig Entlassenen geschehen soll. Andrerseits liegt aus der so prompten Wirkung der Überrumpelungs-, Belohnungs-, Zwangs- und ähnlichen Erziehungsmethoden mindestens für den Laien der Schluß nahe, daß alle derartig zu beseitigenden Krankheitsbilder mehr auf mangelndem Dienstwillen als auf krankhaften Grundlagen beruhen müßten. Demgegenüber muß deshalb betont werden, daß doch nur ein verhältnismäßig sehr kleiner Teil der Kriegsneurotiker der Zwangsbehandlung zugänglich ist, und daß auch bei diesen sich die „Heilung" meist nur auf die augenfälligen, aufgelagerten Mätzchen und Willenssperrungen erstreckt, während die Erschütterung der seelischen Gesamtpersönlichkeit noch lange oder dauernd bestehen bleibt. Die Kriegsneurosen sind, mindestens, wenn sie auf Grund von Erschöpfung und von Abwehraffekten im Kriegsgebiet entstehen, vollwertige seelische Krankheiten und scharf von den ebenfalls nicht seltenen Vortäuschungsbildern zu trennen. Das so häufige wirtschaftliche Versagen nach der Dienstentlassung ist nicht schuldhaft schlechter Wille, sondern Unvermögen. Die Rentenentschädigung ist nur für die nach Ziffer 15 D. A. Mdf. Kriegsdienstbeschädigten zulässig, die literarisch so beliebte Kapitalsabfindung ist ohne jede gesetzliche Grundlage. Zur Verhütung der Verelendung weiter Volkskreise ist deshalb das vom Ref. wiederholt vorgeschlagene Fürsorgeverfahren der bedürftigen Dienst-



entlassenen nach wie vor dringend erforderlich und wird durch die noch so dankenswerten Erfolge der Zwangstherapie nicht überflüssig gemacht.

Röper-Hamburg: Die meisten sogenannten Kriegshysterien entstehen während der Lazarettbehandlung. Beachtung materieller Reizquellen, frühzeitiges Eingreifen beim ersten Auftreten psychogener Symptome, Belehrung der Ärzte, die die erste Behandlung leiten, kurz Verhüten der Kriegshysterien ist wichtiger als glänzende therapeutische Erfolge.

Wilhelmi-Schwerin: So einfach es klingt, die hysterischen Zitterer usw. seien durch diese oder jene Methode zu heilen, und man habe ihnen nur geringe oder gar keine Renten zu bewilligen, so gestaltet sich die Sache in der Praxis doch oft genug sehr schwierig. Auch solche Hysteriker, die bei ihrer Entlassung als „geheilt" bzw. „wesentlich gebessert" bezeichnet wurden, versagen oft genug alsbald nach Rückkehr ins bürgerliche Leben. Sie sind etwa zu ihrem früheren Arbeitgeber entlassen, der sich bereit erklärt hatte, sie wieder in Arbeit zu nehmen — denn sonst wären sie ja gar nicht entlassen worden —, nach kurzer Zeit aber haben sie ihr Zittern wieder; der Arbeitgeber erklärt, er könne den betreffenden nicht länger beschäftigen; es beginnt das Invalidenrentenverfahren mit neuen Begehrungsvorstellungen und die Schwierigkeit seitens der bürgerlichen Kriegsbeschädigtenfürsorge, ihnen wieder irgendwelche Arbeit zu beschaffen. Jedenfalls ist diese ganze Angelegenheit auch heute noch ein Problem, das sich nicht durch eine kurze Debatte restlos klären und erledigen läßt.

Bischoff-Hamburg-Langenhorn: Die Frage der Heilung verbindet sich hier in hervorragendem Maße mit dem wirtschaftlichen Leben. Es muß berücksichtigt werden, daß hier oft Verhältnisse herrschen, wo nur ganze Kräfte verwertbar sind, und da gilt eben jeder nur Halbleistungsfähige für einen ganzen Ausfall; deshalb ist es vielleicht ratsam, in der Bezeichnung Heilung nach dieser Richtung hin vorsichtiger zu sein; auch die Erfahrung in der Industrie in der letzten Zeit spricht wohl dafür.

Steyerthal-Kleinen (Schlußwort): Er habe die Hypnose bei Prof. *Nonne* erlernt, aber erst in 3 Fällen angewandt. Schon der erste Fall sei geglückt, der dritte sei auch vor Zeugen hypnotisiert. Notwendigkeit sei, daß der Soldat weiß, er kommt nicht wieder ins Feld, sondern alsbald nach Hause, und zwar unter Umgehung des Ersatztruppenteils. Von einer Heilung könne keine Rede sein, denn die Erscheinungen seien nur übertüncht.

Nonne-Hamburg (Schlußwort) berichtet, daß er jetzt über rund 260 Fälle von sogenannten Kriegshysterien verfüge, die durch Hypnose geheilt bzw. symptomfrei gemacht wurden. Es handelt sich um Fälle von lokalem und allgemeinem Tremor, um Schütteln, um Kontrakturen der verschiedensten Art, Monoplegien, Hemiplegien, Paraplegien, Clownismen, Mutismus, Aphonie, Stottern, Dysbasie und Abasie, Taubheit und Taubstummheit. Nach *N.*s Ansicht sind die Hypnose und das modifizierte



Kauffmann-Verfahren (modifiziert zur Persuasionsmethode mit Unterstützung durch kurzdauernde, mittelstarke und starke faradische Ströme) zurzeit die Methoden, die am sichersten und schnellsten die Symptome beseitigen. Auf *N.*s Abteilung werden jetzt über 80%, in den letzten 3 Wochen 90% der Fälle „geheilt". *N.* ist der Überzeugung, daß jeder Fall von solchen Neurosen, der nicht geheilt wird, einen Vorwurf für den behandelnden Arzt bilden muß. Die Nachbehandlung ist die, wie sie von allen Seiten gewürdigt und geübt wird. Die Entlassung unter Umgehung des Ersatzbataillons direkt in den Beruf ist das beste Mittel, um Rezidive zu verhindern. Eine große Anzahl von Katamnesen haben ergeben, daß bei weitem die Mehrzahl der Fälle unter diesen Umständen symptomfrei bleiben und voll bzw. fast voll verheilt und erwerbsfähig sind.

Repkewitz-Schleswig (Schlußwort) betont, daß er die Personen, bei denen er Erscheinungen von Simulation und Übertreibung festgestellt hat, nicht für bloße geistesgesunde Simulanten hält, sondern es handelt sich um Neurastheniker, Hysteriker, Psychopathen mit Zeichen von Simulation oder Übertreibung.

Er tritt den Ausführungen des Herrn *Cimbal* nach seinen Erfahrungen bei. Der Widerspruch mit den Ausführungen des Herrn *Nonne* erklärt sich damit, daß letzterer nur eine bestimmte Gruppe von Kriegsneurotikern beurteilt und den Begriff Heilung mit Einschränkung anwendet. Großer Optimismus in bezug auf die Heilung von Kriegsneurosen ist nicht berechtigt; es ist von vornherein nicht wahrscheinlich, daß die nervösen Störungen nach den großen, langen Strapazen des Schützengrabendienstes, Verschüttungen u. a. in der Regel völlig ausheilen und wieder im alten Umfang erwerbsfähig werden.

Boettiger-Hamburg (Schlußwort) schließt sich der Äußerung des Herrn *Röper* an, daß die alten Hysterien vorwiegend erst in den Lazaretten gezüchtet werden. *B.* bekommt fast nur frische Fälle, die fast durchgehend nicht nur symptomlos gemacht, sondern geheilt und k. v. werden. Jetzt kamen von Arras gleichzeitig vier Schütteler, 8 Tage nach der Verschüttung. Alle 4 waren nach 8—10 Tagen durch einfache Bettruhe und Psychotherapie symptomenfrei.

Die Tatsache der Freude plötzlich Geheilter über die Heilung, die meist eine recht hypotrophische Freude ist, ist kein Beweis dafür, daß vorher keine Simulation vorgelegen hat.

Trömner-Hamburg demonstriert:

1. einen Fall von Muskelatrophie durch Halsrippe.

Ein 21jähriges Mädchen bemerkt seit ihrem 16. Jahr allmähliche Schwäche und Atrophie der kleinen Handmuskeln rechts. Sie wurde verschiedentlich ärztlich behandelt, und bei der Lungenaufnahme im Krankenhaus wurde eine doppelseitige Halsrippe festgestellt. Die längere auf der linken Halsseite. Trotzdem wurde damals der Fall als einseitige spinale Muskelatrophie gedeutet. Dagegen aber sprach die Einseitigkeit der Atrophie,



das Auftreten in frühem Alter (16. Jahr), das Fehlen von fibrillärem Zittern, das Verhalten der elektrischen Erregbarkeit und die Nachweisbarkeit von ganz leichten sensiblen Reizerscheinungen. Genaue Nachfrage ergab nämlich, daß Pat. schon seit dem 14. Jahr ab und zu ganz leichte ziehende Schmerzen an der Ulnarseite bis zur Halsgrube gehabt hatte. Zur Zeit meiner Untersuchung (April 1917) bestand ausgesprochene Atrophie sämtlicher kleiner Handmuskeln, geringe Abmagerung des Flexor carpi ulnaris, erhebliche Schwäche der Hand, ganz leichte Gefühlsstumpfheit im Ulnarisgebiet, ohne objektiv nachweisbare Störung, und als elektrische Veränderung in den kleinen Handmuskeln Entartungsreaktion neben erhaltener faradischer Erregbarkeit. Ein Verhalten, das nur durch partielle Degeneration der Ulnarismuskeln zu erklären ist. Ich nahm dementsprechend an, daß von den beiden Ulnarishauptwurzeln die achte Zervikalis durch den vom 7. Halswirbel entspringenden Halsrippenschnabel gedrückt wurde, und riet dementsprechend zur operativen Entfernung, mit dem Erfolg, daß jetzt — 4 Wochen nach der Operation durch Dr. *Oehlecker* — eine sehr langsame Besserung einzusetzen beginnt. Später soll ausführlichere Publikation folgen. Auffallend ist, daß hier, wie in einem Falle *Mendels*, die Schädigung auf der Seite der kürzeren Halsrippe einsetzte, und zwar nicht unter den sonst gewohnten sensiblen Reizerscheinungen, sondern unter dem Bilde einer anscheinend einfachen Atrophie.

2. einen Fall von Ponserweichung.

Ein 47jähriger Mann, in früheren Jahren nur an Rheumatismus und Ischias leidend, bekam vor 4 Wochen ohne Prodrome oder Bewußtseinsstörung eines Morgens Doppeltsehen und Lähmung der rechten Körperseite. Bei der Untersuchung fand sich vollkommene Lähmung des linken Abduzens, der auch durch Kopfdrehung oder Barany nicht erregbar war, ferner geringe Schwäche des Mundfazialis und Hypoglossus links, starke spastische Parese des rechten Armes und Beines und geringe Störung der Gelenk-, Schmerz- und Temperatursensibilität auf der ganzen rechten Körperseite mit Ausnahme der Halsnackenzone. An Gesicht, Rumpf und besonders den Gliedern bestand geringe Thermohyperästhesie (für Kälte mehr als für Wärme) und Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit, zugleich mit einer Hyperalgesie gegen brüske Berührungen. Als Ursache muß, da keine andere Grundlagen zu eruieren waren, eine Erweichung in der ventralen linken Ponsgegend in der Höhe des Abduzenskernes angenommen werden. *Rautenberg*-Friedrichsberg.



Kleinere Mitteilungen.

Zur Würzburger Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie. — Als Schatzmeister des Deutschen Vereins für Psychiatrie stelle ich im Einverständnis mit dem Vorstande den Antrag:

„Die Jahresversammlung des Vereins 1918 bestimmt einen Betrag von 2000 M. zur Miete auf ein Jahr für einen Arbeitsplatz an der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie, der durch den Vorstand an Mitglieder des Vereins vergeben werden kann."

Zur Begründung dieses Antrags verweise ich darauf, daß die wachsende Mitgliederzahl des Vereins gestattet hat, aus den bescheidenen Jahresbeiträgen regelmäßige Überschüsse zu erzielen. Aus diesen ist ein Vereinsvermögen an Wertpapieren — namentlich Kriegsanleihen — erworben worden, dessen Nennwert jetzt den Betrag von 20 000 M. überschritten hat, und das einen jährlichen Zinsenertrag von mehr als 800 M. abwirft, während an Mitgliederbeiträgen auf jährlich 3000 M. gerechnet werden darf.

Die laufenden Ausgaben des Vereins haben einschließlich namhafter Sonderausgaben den Betrag von 1500 M. nie überschritten. Es darf daher mit einem regelmäßigen Einnahmeüberschuß von wenigstens 2000 M. gerechnet werden.

Sind früher aus den Einnahmeüberschüssen wiederholt namhafte Beiträge zur Heinrich-Laehr-Stiftung abgeführt worden, so gestattet es der günstige Stand dieser Stiftung sehr wohl, neue Ziele ins Auge zu fassen und ohne Gegensatz zu ihren Zwecken in erster Linie die verfügbaren Mittel zur Förderung wissenschaftlicher Betätigung der Vereinsmitglieder an der stolzen Errungenschaft der psychiatrischen Forschungsanstalt zu verwenden. *H. Kreuser.*

Am 13. November 1917 vollendete Hofrat Professor Dr. *Heinrich Obersteiner* sein 70. Lebensjahr. Kurz vorher hatte er die von ihm 45 Jahre geleitete Privatanstalt aufgelöst, um sich ein ruhigeres, nur mehr seiner wissenschaftlichen Tätigkeit gewidmetes Dasein zu gönnen.

Der fachgenössischen Welt erst sagen zu müssen, worin die Bedeutung dieses Altmeisters der Neuroanatomie, des Begründers des Wiener

neurologischen Universitäts-Institutes und seiner über aller Herren Länder sich breitenden Schule gipfelt, könnte fast überflüssig erscheinen. *Obersteiners* klassisches, in mehrere fremde Sprachen übersetztes Lehrbuch der Anatomie des Zentralnervensystems — „Anleitung" nennt er es selbst in seiner schlicht-bescheidenen Weise — ist eines der besten Bücher, wenn nicht das beste überhaupt in seiner Art, und es ist niemand, der daraus nicht allein reiche Belehrung geschöpft, sondern der nicht auch eine Fülle in anspruchloser Selbstverständlichkeit unauffällig in die Darstellung eingeflochtener neuer, von Auflage zu Auflage neuer Tatsachen aus seines Verfassers eigenster Werkstatt aus ihm aufgenommen hätte; gibt es ja kaum ein Teilgebiet seines Faches, welches nicht durch *Obersteiners* Arbeit bereichert worden wäre. Und alle diese Arbeit ist mit Mitteln, ist in Räumen geleistet worden, in denen und mit welchen wahrlich nur ein Meister Meisterwerke zu schaffen vermocht hat! Kaum mag sich alle diese Schwierigkeiten vorstellen können, wer sie nicht selber mitangesehen und miterlebt hat, kaum aber auch ein anderer ahnen, wie schön und reich gleichwohl die Stunden der Arbeit unter des Lehrers und Meisters Führung gewesen sind, mochten auch Jahrzehnte hindurch die Mauern, darin sie vonstatten ging, baufälliges, gespenstisches Ruinenwerk gewesen sein.

Die Führerschaft auf anatomischem Gebiete war *Obersteiner* nicht hinderlich, auch die Klinik zu bereichern, die neurologische wie die psychiatrische. *v. Krafft-Ebings* Paralysenmonographie fand an ihm einen ebenbürtigen Neubearbeiter; Abhandlungen über die Sinnestäuschungen und über den Hypnotismus bekunden seine rege Anteilnahme an der Entwicklung der allgemeinen Psychopathologie; das „nuptiale Irresein", ein praktischer, für die Praxis geschaffener, in diesem Sinne kennzeichnender Krankheitsbegriff, der als solcher in der zeitgenössischen Psychiatrie sein gutes Bürgerrecht erlangte, hat *Obersteiner* zum Autor, der ihn auf Grund seiner reichen Erfahrung als Besitzer und Leiter einer der ältesten und berühmtesten Heilanstalten Österreichs, jener im Wiener Stadtbezirke Döbling, geformt hat; den Neurologen längst bekannt ist die von ihm gefundene „Allocheirie", wie seine in Gemeinschaft mit *Redlich* begründete Tabestheorie. Mit dieser Aufzählung ist natürlich die Liste seiner vielen und vielfachen Arbeiten bei weitem nicht erschöpft.

Groß sind die Verdienste *Obersteiners* um den „Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien", den ältesten und bis vor kurzem einzigen Fachverein Österreichs; unter ihm — *Obersteiner* ist *v. Krafft-Ebing* als erster Vorsitzender gefolgt — entwickelte sich diese Vereinigung, gestützt vor allem auf die beiden Säulen seiner eigenen und der nicht minder reichen und fruchtbaren klinischen Schule *Wagner v. Jaureggs*, zu einer der angesehensten medizinischen Gesellschaften überhaupt; und unter seiner tatkräftigen Förderung ward auf die Anregung des Schreibers dieser Zeilen hin der erste Schritt getan zu einer waffenbrüderlichen Zusammen-



arbeit der Psychiater Österreichs und Deutschlands, deren Ausbau wir aufs eifrigste erstreben wollen.

Wer vollends nicht nur den Lehrer, sondern auch den Menschen *Obersteiner* kennt, der wird nur aus ganzer Seele wünschen können, er möge uns in alter geistiger Frische und Unermüdlichkeit, ungebrochen durch der harten Zeiten Nöte, erhalten bleiben bis zur nächsten Jubelfeier und lange darüber hinaus! *Erwin Stransky.*

Trieb und Gefühl. — In meiner Besprechung von ***Friedmann*s** „Wahnideen im Völkerleben" führte ich aus: manchen, der gleich mir „die Vorstellung an und für sich" nicht wie ***Friedmann*** als „eine starke psychische Kraft oder Macht" ansehen könne, möge es befremdet haben, daß ich die psychische Kraft oder Macht, die in den von ***Friedmann*** zusammengetragenen Fällen offenbar von der Vorstellung ausgeht, auf den Trieb zurückgeführt habe und nicht auf das mit der Vorstellung verbundene Gefühl, das namentlich dem Assoziationspsychologen zur Erklärung viel näher liegen dürfte. Aber gerade am Beispiel der „starken Vorstellung" wird es deutlich, daß die übliche Assoziationspsychologie hier einer Abänderung bedarf, weil sie das Gefühl — ich verstehe hier vorläufig unter Gefühl nur Lust und Unlust — zu hoch bewertet. Es hätte jedoch zu weit geführt, dies zu begründen, und so wich ich der Auseinandersetzung aus, indem ich die Stärke der Vorstellung vom Trieb ableitete. Die Bedenken, die ich dort (Bd. 73, S. 278 f.) nur andeuten konnte, sollen jetzt genauer aufgezeigt werden. Daß ich mich dabei an *Ziehen*s Physiologische Psychologie halte, bedarf keiner weiteren Begründung; ist sie doch zumal unter uns Psychiatern das verbreitetste Werk hierüber und hat die Meisten von uns in die Anschauung der Assoziationspsychologie eingeführt.

Wenn *Ziehen* [1]) sagt: „Ich will eine Bewegung", heißt vor allen Dingen und in erster Linie: „die Vorstellung der Bewegung schwebt mir vor", so kann ich dem nicht beipflichten, selbst wenn er hinzufügt, daß „das Gefühl der vermeintlichen Willkür unserer Bewegungen verstärkt wird durch die gleichzeitige Innervation gewisser Körpermuskeln, wie des M. frontalis, welche die sogenannte willkürliche Bewegung ebenso wie die Anspannung der Aufmerksamkeit begleitet und Anlaß zu eigenartigen begleitenden Bewegungsempfindungen, den sogenannten Intentionsempfindungen, gibt". Es ist nicht richtig, daß die Bewegungsvorstellung, mag sie mir noch so deutlich vorschweben, und mögen die begleitenden Spannungsempfindungen noch so ausgesprochen sein, zum Wollen der Bewegung genügt oder dem Wollen in erster Linie entspricht. Auch mit der

---

[1]) *Ziehen*, Leitfaden der physiologischen Psychologie, 7. Auflage, 1906, S. 235.



Einführung der Zeitvorstellung ist uns nicht geholfen, denn auch die noch so deutliche Vorstellung der künftigen Bewegung im Verein mit den „Intentionsempfindungen" deckt sich noch nicht mit dem Willen zur Bewegung, sondern beweist nur, daß ich meine Aufmerksamkeit auf die Vorstellung der künftigen Bewegung richte; damit ich will, muß noch etwas hinzukommen, was man eben als den Trieb zur Bewegung bezeichnet. Es ist das weder Empfindung noch Bewegungsvorstellung noch etwa gar ein Lustgefühl, und es ergibt vielmehr die unmittelbare Beobachtung, daß, je mehr sich das Gefühl oder die Aufmerksamkeit jenen den Trieb begleitenden Vorstellungen zuwendet, der Wille zur Bewegung um so geringer wird. Beim Wollen und Begehren gehen Trieb, Wille oder Lust auf ein Ziel, aber nicht auf die Vorstellung des Ziels, sondern auf die Verwirklichung desselben, also auf die Umsetzung der Vorstellung in die entsprechende Empfindung. Ob ich an etwas Lust habe oder zu etwas Lust habe, ist keineswegs dasselbe, wie es das sein müßte, wenn es sich nur um die gefühlsbetonte Wahrnehmung oder Vorstellung handelte. Wenn ich mich an der Vorstellung eines künftigen Genusses freue, so brauche ich noch nicht dazu Lust, d. h. den Trieb zur Verwirklichung der lustbetonten Vorstellung zu haben, selbst wenn keinerlei hemmende Vorstellungen der Verwirklichung entgegenstehen. *Ziehen* sagt (S. 163): „Das Kind freut sich über das Stück Zucker, welches es sieht. Diese Empfindung löst nun Bewegungen aus: das Kind greift nach dem Zucker." Das trifft gewiß oft zu, aber nicht immer; geht nicht die Lust am Zucker in die Lust zum Zucker über, d. h., gesellt sich nicht der Trieb dazu, den Zucker zu verzehren und dadurch statt der lustvollen Vorstellung die lustvolle Empfindung zu haben, so führt die Freude vielleicht nur zu Ausdruckbewegungen, die um so stärker ausfallen, ohne aber in die Greifbewegung überzugehen, je mehr die Gesichtsempfindung des Zuckers die Erinnerung an die Geschmacksempfindung des Zuckers und diese von neuem die mit ihr früher verbundene Lust hervorruft. Hemmende Vorstellungen, etwa die, daß der Zucker zu entfernt liegt, als daß das Kind ihn ergreifen könnte, sind hierfür unnötig und nur geeignet, die Freude und damit die Ausdruckbewegungen zu stören; es genügt, daß der Trieb ausbleibt: das Kind muß satt sein. — Die Vorstellung, „ich will jetzt diese Bewegung" enthält zwar alles, was *Ziehen* angibt, und wird durch die Intentionsempfindungen verstärkt, aber wesentlich ist ihr die Beziehung zum Kommenden, zur Verwirklichung des Gewollten, zur Umsetzung der Vorstellung in die entsprechende Empfindung. Mit ihr tritt alles andere, namentlich aber die etwa vorhergehende Lust an der Zielvorstellung oder die Unlust am gegenwärtigen Zustande aus dem Brennpunkte des Bewußtseins zurück, und es erfolgt die Bewegung.

Wie gezwungen ist ferner *Ziehens* Zurückführung der Affekthandlungen auf das Gefühl: „Der Zorn tendiert im höchsten Maße zu schweren motorischen Ausbrüchen. Es ist der Affekt des Angriffs κατ' ἐξοχήν.



Das positive Element in dem Affekt des Zorns ist unschwer festzustellen: die unmittelbar an die Empfindung einer Kränkung sich plötzlich in großer Intensität anschließende, alle andern assoziierten Vorstellungen ausschließende Vorstellung der Schädigung des Gegners teilt ihren positiven Gefühlston der Vorstellung der Angriffsbewegung mit und verhilft ihr damit zu einer jähen, heftigen Entladung. Daß diese Entladung zuweilen auch leblose Gegenstände und Unschuldige trifft, hängt mit der oft erwähnten Irradiation zusammen" (S. 171). Mir scheint der Zusammenhang folgender zu sein: von der Vorstellung der Kränkung geht vor allem — neben Veränderungen des Blutkreislaufs usw. — ein Bewegungstrieb aus, der sich in ungeordneten Bewegungen oder im Angriff entladen kann, wobei die Lust an der Vorstellung der Schädigung des Gegners eine um so geringere Rolle zu spielen pflegt, je stärker der Zorn ist. Hätte *Ziehen* recht, so müßte die Heftigkeit der Entladung mit der Stärke der Lust an der Vorstellung der Schädigung des Gegners zunehmen; sie nimmt aber um so mehr ab, je mehr ich mich der Lust an dieser Vorstellung oder an der des Angriffs hingebe, wächst dagegen um so mehr, je mehr der ungeordnete Bewegungstrieb ein bestimmtes Ziel in der Vorstellung des Angriffs auf den Gegner erhält. Diese wird also für den Augenblick zur starken oder intensiven Vorstellung, aber nicht dadurch, daß sie lustbetont wird, sondern dadurch, daß sie, allein als Vorstellung, die Richtung des Bewegungstriebes bestimmt und die gesamte Kraft, die sonst in ungeregelten Einzelbewegungen ziellos ausströmte, in vergleichweise geordneten Angriffbewegungen zusammenfaßt. Das scheint mir u. a. gerade daraus hervorzugehen, „daß diese Entladung zuweilen auch leblose Gegenstände und Unschuldige trifft", denn von einer Lust an der Schädigung des Gegenstandes oder des Unschuldigen ist hier nicht die Rede, sondern die damit verbundene Lust entspringt der Erleichterung, die die Befriedigung des Triebes und die Befreiung von den aus der Gefäßerregung entstandenen Erstickungsgefühlen begleitet, und tritt daher hier ebenso auf wie bei der Schädigung des Gegners. Bei dieser kann dann auch die Freude über die Demütigung des Gegners oder die Unlust über die eigene Tat oder beides gemischt hinzutreten. Der Trieb geht hier in das Gefühl über, aber nicht allein aus ihm hervor. Im Gegenteil, je nachdem die Kränkung vorwiegend den Trieb oder das Gefühl erregte, kommt es zur Handlung oder nicht.

Ziehen fährt fort: „Ähnlich verhält es sich mit dem Affekt der Furcht und Angst. Die Furcht löst ganz allgemein trotz ihres negativen Gefühlstons die rasche motorische Entladung der Flucht oder der Abwehr aus. Die auftauchende Vorstellung der Rettung (im allgemeinen Sinne) mit ihrem positiven Gefühlston verdrängt im Augenblick alle andern Vorstellungen und überträgt dank dieser günstigen Konstellation ihren positiven Gefühlston auf die Vorstellung der Fluchtbewegung und verhilft letzterer trotz der sonst negativen Gefühlstöne zum Siege. Die motorische Tendenz des Zornes und der Furcht trotz des negativen Gefühlstones



erklärt sich also daraus, daß die Bewegungsvorstellung (des Angriffs bzw. der Flucht), welche mit der zorn- bzw. furchtbetonten Vorstellung assoziiert ist, gerade in Korrelation zu dem Zorn bzw. der Furcht einen intensiv positiven Gefühlston hat." Die Flucht ist aber um so hastiger und ungestümer, je weniger die Lust an der Vorstellung der Rettung hervortritt, je mehr also der Trieb und nicht das Gefühl vorherrscht. Im übrigen erfolgt im Gegensatz zum Zorn bei der Angst, abgesehen von andern Veränderungen, die sich keineswegs auf das Gefäßsystem beschränken, statt der Erregung eine Spannung der Muskeln, die zwar so stark sein kann, daß sie jede Bewegung hemmt, in leichteren Graden jedoch sowohl Flucht wie Abwehr vorbereitet. Gerade hieraus geht hervor, daß der Trieb das Erste ist und die Vorstellung nur dessen Richtung bestimmt, denn mit den körperlichen Veränderungen tritt die Muskelspannung und oft sogar die Flucht auch ohne die Vorstellung der Rettung ein, wie umgekehrt im Wasser der hartnäckige Selbstmörder, der schwimmen kann, die Rettung verschmäht, so lange die Vorstellungen herrschen, und erst, wenn sie schwinden, automatisch Schwimmbewegungen macht.

Weiterhin verfolgt *Ziehen* (S. 257) die Bewußtseinsvorgänge, die mit den Vorstellungen verbunden sind: „wie schön wäre es, wenn ich auf jenen Berg stiege", „ich möchte auf jenen Berg steigen" und „ich will auf jenen Berg steigen". Bei der letzten „ist die Bewegungsvorstellung außerordentlich intensiv geworden, der positive Gefühlston hat seine volle Höhe erreicht, und vor allem überwiegen die fördernden Vorstellungen über die hemmenden". Diese Beschreibung entspricht aber — abgesehen von der Bewegungsvorstellung — nicht dem Zeitpunkt des Wollens, sondern eher dem vorhergehenden letzten Abschnitt der den Willen bestimmenden Überlegung. Sobald ich will, verschwinden die fördernden und hemmenden Vorstellungen und ebenso bisweilen der positive Gefühlston der Gesichtsvorstellung des Berges, die Bewegungsvorstellung tritt keineswegs intensiv in mein Bewußtsein, sondern eben die Vorstellung: „ich will", mehr oder weniger begleitet von einer Muskelanspannung und ruckweisen Bewegung. Das bedeutet: aus dem Gefühl ist der Trieb hervorgegangen, dessen Richtung durch die mit Überlegung gewählte Zielvorstellung bestimmt ist. Das Wandern selbst aber wird etwa durch die Vorstellung „ich will jetzt wandern" eingeleitet, mit ihr treten Spannungen und Bewegungen in den Beinmuskeln mit den durch sie hervorgerufenen Empfindungen in den Vordergrund, und dann beginnt das Wandern: der Trieb führt zur Handlung.

Es fragt sich nun, was wir unter Trieb zu verstehen haben.

Ziehen bezeichnet als Triebhandlungen solche Handlungen, bei denen die initiale Empfindung den maßgebenden Einfluß auf die Auswahl der resultierenden Bewegung hat (S. 247), und er sagt in einer Anmerkung: „*Meynert* hat versucht, für alle willkürlichen Bewegungen eine Entstehung aus automatischen Bewegungen nachzuweisen; für manche Triebbewegungen scheint mir in der Tat eine solche Entstehung wohl denkbar." Als



Beispiel dafür, daß „die meisten Instinkte als automatische Akte, nicht als Reflexe aufzufassen sind", führt *Ziehen* den Nestbau des Vogels an, der „jedenfalls von interkurrenten Reizen nicht unabhängig" ist. „Der erste Bewegungsreiz entspringt aus den Genitalorganen, aber wieviel interkurrente Reize bestimmen und modifizieren nun die ablaufende Bewegung? Der Vogel sieht einen Strohhalm und erhascht ihn und trägt ihn zum Baum. Er erblickt ein Flöckchen Wolle, und dieser interkurrente Gesichtsreiz läßt ihn das Flöckchen fassen, modifiziert und kompliziert also die Reihe der Bewegungsvorgänge" (S. 12). Aber stellt das Erblicken des Strohhalms oder der Wolle wirklich nur einen Gesichtsreiz dar, ohne daß die entsprechende Empfindung beteiligt ist? Löst „ohne Dazwischenkunft irgendeiner Vorstellung" „der aus den Genitalorganen stammende Reiz das Spiel eines durch Vererbung erworbenen Reflexmechanismus aus"? Gewiß, „nicht ererbte Vorstellungen leiten den Vogel beim Nestbau", aber er ist erwachsen und hat, wenn er unter normalen Verhältnissen aufwuchs, jedenfalls aus seiner eigenen Nestzeit wenn auch noch so unbestimmte Erinnerungen an das behagliche Nest und an das Weiche und Leichte, das als Stroh und Wolle zum Nest sich fügte. Oder war er ohne Nest und fern seinen Artgenossen von Menschen auferzogen, so hat er doch von früh an mit vielen weichen und harten Gegenständen Berührung gehabt und hiervon wenn auch noch so undeutliche Erinnerung zurückbehalten. Wenn ich also voraussetze, daß der Vogel ein Erinnerungsbild der weichen und leichten Wolle hatte und deshalb diese statt etwa eines Steines nahm, so ist das Erfassen des Flöckchens nach *Ziehen* zugleich eine Handlung, da deren „Unterschied gegenüber den automatischen Akten nur darin liegt, daß bei der Handlung außer interkurrenten, die Bewegungen modifizierenden Empfindungen auch Erinnerungsbilder interkurrierend und modifizierend auftreten" (S. 16), und zwar ist es eine Triebhandlung, da ja hierbei „die initiale Empfindung den maßgebenden Einfluß auf die Auswahl der resultierenden Bewegung hat". Weshalb wird nun aber der Ablauf der Bewegungen durch die Gesichtsempfindung der Flocke mit den Erinnerungsbildern der Weichheit und Leichtigkeit beeinflußt und nicht durch die Gesichtsempfindung eines gleichgroßen Steines, der sich ebenso oder sogar stärker von der Umgebung abhebt? Würden wir sagen, daß der automatische Akt auf den Nestbau zielt und nicht der Stein, sondern die Flocke diesem Ziele entspricht, so wäre dies keine Erklärung, weil das Ziel dem Vogel auch in dunkelsten Umrissen nicht vorzuschweben braucht und nach unserer Voraussetzung mindestens anfangs nicht vorschwebt. Wir denken daher daran, daß die Weichheit und Leichtigkeit der Flocke ihrem Gesichtsbild einen positiven Gefühlston vermittelt hat, so daß die Lust beim Erblicken der Flocke zum Ergreifen derselben führte. Es würde sich dann um eine Affekthandlung im Sinne *Ziehens* handeln. Jetzt liege jedoch die Flocke auf einem großen Haufen Futterkörner, die an und für sich dem Vogel viel lustvoller als die Flocke sind. Weshalb werden die



Futterkörner, soweit sie nicht etwa verzehrt werden, nicht statt der Flocke ergriffen und zum Nestbau verwandt? Antworten wir: der Vogel ist satt und daher die Flocke jetzt für ihn lustbetonter als die Körner, so lautet die Frage: Weshalb bestimmt der Anblick einer Flocke den satten Vogel nicht immer zum Ergreifen derselben, dagegen jetzt, wo er sein Nest baut? Wir sehen, die lustvolle Empfindung bestimmt die Bewegung nicht allein, es muß etwas anderes vorhergehen, und das kann, da wir die bewußte Beziehung auf den Zweck der Bewegung ausschließen, nur in Beziehung zum Ursprung der Bewegung stehen: der von den Genitalorganen ausgehende Reiz, der die Bewegung auslöst und unterhält, bewirkt auch, daß nur solche Gesichtsempfindungen die Bewegung mit dem Ergebnis des Fassens und Forttragens abändern, die mit der Erinnerung des Weichen und Leichten ausgestattet sind. Daß diese Erinnerung jetzt erwacht und das Tun bestimmt, ist Folge des Genitalreizes, der den Vogel umherfliegen und beim Erblicken von Stroh und Wolle alte Erinnerungen aufleben läßt; aber daß sich der Nestbau „außerhalb der Psyche" vollzieht, ist doch wohl nur sehr bedingt richtig. Zwar „merkt der Vogel gewissermaßen erst nachträglich, was er tut, wenn er sein Nest baut", aber alle die Reize, die seine Bewegungen bestimmen, sowohl der Genitalreiz, der die Bewegung anregt, wie die Gesichtsreize, die sie abändern, können als Empfindungen bewußt werden und Vorstellungen heraufführen, ohne daß deshalb der automatische Akt zur Willenshandlung würde. Bei dieser geht die Zielvorstellung der Bewegung voran und ruft sie hervor, beim automatischen Akt fehlt die Zielvorstellung oder stellt sich erst während des Aktes ein, kann also nicht als Ursache der Bewegung betrachtet werden. Nehmen wir das Ergreifen der Flocke als Triebhandlung, so ändert diese Auffassung nichts am Zusammenhang. Daß die initiale Empfindung maßgebenden Einfluß auf den Ablauf der Bewegung hat, bleibt bestehen, aber den Ursprung der Bewegung, der die Empfindung erst zur initialen Empfindung macht, bildet ein innerer Reiz, nicht der Gefühlston der initialen Empfindung.

Nehmen wir ein anderes Beispiel: das aus dem Ei geschlüpfte Hühnchen pickt auf alle kleinen Gegenstände los, ohne einen Unterschied zwischen Steinchen, Futterkörnern, Glasstückchen usw. zu machen. Dies ist eine automatische Bewegung, da die Entfernung des Gegenstandes die Pickbewegung abändert, und sie wird zur Triebhandlung im Sinne *Ziehens*, wenn die Auswahl der Gegenstände durch die Erinnerung bestimmt wird. Das Huhn pickt dann zuerst nicht nur die bequem liegenden, sondern vor allem die wohlschmeckendsten Bissen auf; hier, bei der Auswahl, ist also die Gesichtsempfindung mit ihrer Gefühlserinnerung maßgebend. Aber schließlich wird das Huhn einmal satt, wenn es reichliche und bequeme Nahrung findet, und endlich reizen auch wohlschmeckende Bissen nicht mehr: die Triebhandlung hängt nicht nur von der „initialen" äußeren Empfindung, sondern auch von einem inneren Reize ab, erstere be-



stimmt durch das Verhältnis ihrer Gefühlserinnerung zu der andrer äußerer Empfindungen die Auswahl und zugleich durch ihre Örtlichkeit die Form der Bewegung, letzterer bestimmt, ob die Bewegung überhaupt erfolgt.

Noch ein drittes Beispiel: die automatischen Gliederbewegungen des Kindes werden zu Triebhandlungen im Sinne *Ziehens*, indem das Kind unter Benutzung der Erinnerung bestimmte Bewegungen, etwa die eben gesehene automatische Bewegung eines Armes wiederholt. Das frische Erinnerungsbild der Gesichtsempfindung bestimmt die Auswahl und die Form der kommenden Bewegung, aber ein Reiz zur Bewegung überhaupt war schon vorher vorhanden und gestaltet sich nur durch die Gesichtsempfindung zu diesem besonderen Reiz.

In allen drei Fällen liegt also ein ursprünglich allgemeinerer Reiz — zum Fliegen und Ergreifen, zum Picken, zur Armbewegung — vor, und dieser wird durch die äußere initiale Empfindung zu einem besonderen Reize umgeformt, der dann die von beiden Seiten aus bestimmte Bewegung auslöst. Daß der Vorgang, der Reiz und Empfindung einerseits und Bewegung andrerseits verbindet, der also von Reiz und Empfindung zur Bewegung führt und diese bestimmt, ganz allgemein als Trieb und daher die Handlung, zu der er führt, als Triebhandlung bezeichnet wird, hat seine guten, nicht nur geschichtlichen, sondern auch sachlichen Gründe, die freilich nicht dazu verführen dürfen, den Trieb neben Empfindung und Vorstellung zu stellen oder eine Dreiteilung der Bewußtseinserscheinungen in Vorstellung, Gefühl und Trieb vorzunehmen. Ihn deshalb aus der Psychologie ohne weiteres auszuschließen, scheint mir nicht immer zweckmäßig, wie ich das vorher an einigen Beispielen ausgeführt habe, wo das Bestreben, den Trieb durch das Gefühl zu ersetzen, zu einer unrichtigen Darstellung verleitet hatte. Der Trieb vermittelt zwischen automatischen und bewußten Vorgängen: er führt zunächst zum automatischen Akt und weiterhin zu *Ziehens* „Triebhandlung", die aus dem automatischen Akt erwächst, indem zunächst Empfindungen, die dieser hervorruft — das Gesichtsbild er Flocke, der Körner, der Armbewegung — die automatische Bewegung beeinflussen und umgestalten, dann aber vielfach jene Empfindungen auch ihrerseits die früher automatische Handlung anregen und somit eine Triebhandlung im Sinne *Ziehens* an Stelle des automatischen Aktes setzen, wenn etwa das Hühnchen zufällig einen wohlschmeckenden Bissen erblickt und aufpickt, ohne daß Hunger vorhergegangen wäre. Ebenso können weiterhin die Erinnerungsbilder jener Empfindungen den Ausgangpunkt von Bewegungen bilden und nun ein Handeln in der Form des Suchens oder Strebens veranlassen, dessen Ziel die Verwirklichung einer aus dem Erinnerungsbild gewonnenen Vorstellung ist. Das wären nach *Ziehens* Ausdruck „intellektuelle Handlungen", d. h. solche, in denen „der Inhalt der im Spiel der Motive einwirkenden Erinnerungsbilder den maßgebenden Einfluß auf die Auswahl der resultierenden Bewegung" hat. In der intellektuellen Handlung ist ebenso wie in der „Triebhandlung" das Ziel,



das in der automatischen Handlung unbewußt war, bewußt geworden, im übrigen aber unterscheiden sich Trieb- und intellektuelle Handlung von dem automatischen Akte, der ihnen zugrunde liegt, nur dadurch, daß dieser durch das Einschieben von Erinnerungsbildern umgestaltet und im allgemeinen bestimmter abgegrenzt wird. Ich hebe hervor, daß dies auch für die Triebhandlung gilt, denn auch bei dieser spielen Erinnerungsbilder eine Rolle, die mit der Empfindung verschmolzen sind und sie zur „initialen" Empfindung machen. Fassen wir das Auflesen der Feder oder Wolle durch den nestbauenden Vogel als Triebhandlung auf, so bestimmt die Erinnerung des Weichen und Leichten die Auswahl der initialen Empfindung; das Hühnchen, das nach Körnern und nicht nach unverdaulichen kleinen Gegenständen pickt, wird hierzu durch die Erinnerung veranlaßt, die in den Gesichtsempfindungen mitwirkt; dem Kinde, das eine Bewegung wiederholt, ist deren Empfindung bereits zum Erinnerungsbild geworden, wenn die neue Bewegung beginnt. Aber auch das Beispiel, das *Ziehen* für seine Triebhandlung gibt, „die Abwehrbewegung, welche ich auf die Gesichtsempfindung eines drohenden Schlages mache", zeigt das Hineinspielen der Erinnerung, da ohne das Erlebnis eines früheren Schlages die Gesichtsempfindung jene Wirkung nicht hätte. Selbst wo die „Triebhandlung" am reinsten ausgeprägt scheint, wie da, wo die Empfindung eines neuen Gegenstandes Anlaß zur Greifbewegung gibt, ist die Erinnerung an das Ergebnis früherer Greifbewegungen beteiligt. Die Empfindung gewinnt also „den maßgebenden Einfluß auf die resultierende Bewegung" in jenen Beispielen nur durch die mit ihr verbundene und in ihr wirksame Vorstellung und etwa durch deren Gefühlston.

Ich halte es somit mit *Meynert*, wenn dieser für alle willkürlichen Bewegungen eine Entstehung aus automatischen Bewegungen annimmt; natürlich nicht in dem Sinne, als wenn auch verwickelte willkürliche Bewegungen nun unmittelbar auf automatische Bewegungen zurückgeführt werden könnten, sondern nur so, daß eine allmähliche, dem Zweck entsprechende Einschränkung und Auswahl oder Ausgestaltung der automatischen Bewegung durch die Erinnerung und das Auftauchen der Zielvorstellung erfolgt, und daß durch Aneinandergliederung von Zielvorstellungen diese und die sie verwirklichenden Bewegungen zu größeren Reihen zusammenfließen, wobei einzelne Glieder dieser Reihe aus bewußten Handlungen wieder in das Unbewußte automatischer Bewegungen, aber eingeschränkter, bestimmter und zweckmäßiger gestalteter automatischer Bewegungen hinabzugleiten pflegen.

Die „Triebhandlung" *Ziehen*s umfaßt nur einen Teil der Wirkung dessen, was im gewöhnlichen Sprachgebrauch und auch von mir als Trieb bezeichnet wird. Automatische Bewegungen wie bewußte Handlungen werden ganz allgemein als Folgen des Triebes aufgefaßt, ja wir sprechen vom Erkenntnistrieb und vom Triebe, sich etwas vorzustellen; daß wir Angst empfinden, gilt uns als Folge des Schutztriebes, daß uns beim An-

blick von Speisen das Wasser im Munde zusammenläuft, als Folge des Nahrungtriebes. Die nicht psychisch bedingten Reflexe pflegt man dagegen nicht als Triebwirkungen anzusehen. Wesentlich für den Trieb ist also einmal, daß er Veränderungen im Bewußtsein, entweder unmittelbar oder durch Vermittlung von Bewegungen, hervorruft, innerhalb des Bewußtseins also ein Fortschreiten von Empfindung oder Vorstellung zu Vorstellung oder beim automatischen Akt von Empfindung zu Empfindung oder — wie beim Bewegungstrieb oder beim psychisch bedingten Reflex — von Vorstellung zu Empfindung veranlaßt, und zweitens, wie aus dem Gegensatz des psychisch bedingten zum einfachen Reflex hervorgeht, daß als Veranlassung dieser Veränderung eine Empfindung oder Vorstellung betrachtet wird. Das zeigt auch das Beispiel des Klavierspielers, „der ein oft geübtes Stück vorträgt, und dessen Gedanken ganz anderswo weilen" (*Ziehen*, S. 10), denn wir führen sein Spiel nur deshalb auf einen Trieb zurück, weil es durch eine Vorstellung angeregt ist. Ähnlich werden wir beim Frosch, „dem das Großhirn ausschließlich des sogenannten Sehhügels weggenommen ist", und der einem Hindernisse ausweicht (S. 9), nur dann vom Fluchttrieb reden, wenn wir ihm auch in dieser Verstümmlung ein wenn auch noch so verdunkeltes Bewußtsein zusprechen, durch welches die Bewegungen angeregt werden. Unwesentlich für den Trieb ist dagegen, daß die von ihm bewirkten Veränderungen der Erhaltung der Gattung und daher meist zunächst der Erhaltung des Individuums im allgemeinen dienlich sind, unwesentlich deshalb, weil viele dem Individuum oder der Gattung abträgliche Triebe sich dauernd halten können und mit Sicherheit nur dann ausgemerzt werden, wenn sie zum Untergang des Individuums oder der Gattung führen. Das physiologische Korrelat des Triebes sind also beim Menschen die Nervenströme in der Hirnrinde. Diese Kennzeichnung des Triebes entspricht nicht nur der gewöhnlichen Bedeutung des Wortes, sondern entgeht auch dem Einwand *Meynerts* [1]), „daß eine Ordnung von Bewegungen, die wir zwischen die Reflexe und die bewußten Bewegungen als Trieb setzen könnten, nicht existiert". Sie entgeht diesem Einwand, weil sie zwischen beide Bewegungsordnungen keine dritte einschiebt, sondern einen Teil dessen, was *Meynert* unter Reflexen versteht, heraushebt und mit den bewußten Bewegungen unter einem besonderen Gesichtspunkt zusammenfaßt.

Ich verstehe wohl, daß der Trieb dem Psychologen ein etwas verdächtiger Hilfsbegriff war, der gern vermieden und durch die Ideenassoziation ersetzt wurde, weil er psychologisch schwer zu umgrenzen schien, und weil er die Einteilung der Bewußtseinserscheinungen in Vorstellung, Gefühl und Trieb (oder Willen) wenigstens nahelegte. Und doch kam man ohne den Trieb nicht recht aus, wenn man auch gern die Wortbezeichnung vermied und lieber vom Impuls und dergleichen sprach. Wenn ich unter

[1]) *Meynert*, Psychiatrie, Wien 1884, S. 157.

Trieb aber die oben gekennzeichnete Art der Einstellung auf Bewegungen oder Vorstellungen verstehe, so schwinden jene Bedenken, und der Trieb hat es nicht mehr nötig, sich als Stärke oder Energie der Vorstellung verkleidet einzuschleichen. Auch *Ziehen* redet an vielen Orten vom Impuls. Namentlich leitet er von ihm die Intensität oder Energie der Vorstellungen ab. „Wenn ich an einem heißen Tage Regenwolken sehe, so empfangen zwei latente Vorstellungen von der an die Gesichtsempfindung sich anschließenden Ideenassoziation einen Impuls, die der Durchnässung meiner Person und die der zu gewärtigenden erfrischenden Abkühlung der Luft. Einen stärkeren Impuls wird hier die erste Vorstellung erfahren, und deshalb wird sie lebhafter als die letztere in mir auftauchen. Wir müssen also die Schärfe unserer Vorstellungen, welche auf der größeren oder geringeren Fixierung der R_l beruht und mit der qualitativen bzw. inhaltlichen Bestimmtheit der Vorstellung Hand in Hand geht, unterscheiden von der Intensität unserer Vorstellungen, welche auf der Stärke des Impulses beruht, der das latente zum aktuellen Erinnerungsbild erhebt. Die Vorstellungsschärfe ist teilweise von der Intensität der zugrunde liegenden Empfindungen abhängig, die Vorstellungsintensität hat mit der Intensität der Empfindungen, von welchen die Vorstellung stammt, gar nichts zu tun. Die Vorstellungsintensität wird daher zweckmäßiger auch als Energie der Vorstellung bezeichnet werden. Wir erkennen sie namentlich an dem Einfluß, den sie auf den Gang der Ideenassoziation ausübt. Die Vorstellungsenergie scheint zunächst nur eine Eigenschaft der aktuellen Vorstellungen zu sein. Ich werde Ihnen jedoch später zu erörtern haben, daß auch die latenten Erinnerungsbilder sich gegenseitig assoziative Impulse zusenden und sich dadurch teils hemmen, teils anregen. In diesem Sinne kommt auch den latenten Vorstellungen eine bestimmte Intensität oder Energie als vierte Eigenschaft zu“ (S. 157). Der Impuls, den wir mit „Antrieb“ verdeutschen können, bezeichnet hier also die Wirkung des Triebes auf die Vorstellung, und die Intensität oder Energie der Vorstellung besteht in der Gesamtstärke der in die Vorstellung eingegangenen und dann von ihr wieder ausgehenden Impulse.

Ziehen stellt die Energie oder Intensität der Vorstellung als vierte Eigenschaft der Vorstellung neben Inhalt, Deutlichkeit und Gefühlston derselben. Daß die Energie aber in diese Reihe nicht gehört, ergibt sich daraus, daß sie nicht eine Eigenschaft der einzelnen Vorstellung ist, sondern namentlich an dem Einfluß erkannt wird, den sie auf den Gang der Ideenassoziation ausübt. Außerdem wird noch ein anderes Kennzeichen angegeben: von zwei Vorstellungen taucht diejenige lebhafter auf, die einen stärkeren Impuls erfahren hat, also energischer ist. Diese Lebhaftigkeit des Auftauchens wird sich einmal in der Schnelligkeit des Auftauchens und zweitens entweder in der zunehmenden Deutlichkeit der Vorstellung oder im raschen Auftauchen anderer mit ihr assoziativ verbundener Vorstellungen äußern. Nun haben wir aber die Deutlichkeit bereits als eine andere



Eigenschaft der Vorstellung kennen gelernt und können es andrerseits nicht als Eigenschaft der Vorstellung bezeichnen, daß sie rascher oder langsamer auftaucht und früher oder später andere Vorstellungen auftauchen läßt, so wenig wir die rasche oder langsame Geburt eines Menschen oder seine Wirkung auf Andere als Eigenschaft desselben ansehen. An späterer Stelle (S. 187) kommt *Ziehen* auf die Energie der Vorstellung zurück: „Durch die vier Faktoren: assoziative Verwandtschaft, Deutlichkeit, Gefühlston und Konstellation ist die Reihenfolge unserer Vorstellungen oder, physiologisch gesprochen, der Weg in der Erregung der Hirnrinde eindeutig bestimmt. ... Die siegende latente Vorstellung, deren Reproduktionsfähigkeit also bei Zusammenrechnung aller jener Faktoren am größten war, wird aktuell: ihr R_l wird in R_v verwandelt. Die Energie, mit welcher diese Verwandlung stattfindet, hängt wiederum von jenen vier Faktoren und zum Teil wohl auch von der allgemeinen Energie der Ideenassoziation ab. Je nachdem die Energie dieser Verwandlung größer oder kleiner ist, hat die aktuelle Vorstellung größere oder kleinere Energie in dem früher angegebenen Sinne.“ Nun frage ich: Hat die Vorstellung, die eben im Bewußtsein auftaucht, die gleiche Energie wie später, wenn sie in den Mittelpunkt des Bewußtseins getreten ist, oder noch später, wenn die von ihr ausgehende Energie bereits die folgende Vorstellung ins Bewußtsein hebt? Offenbar nimmt die Energie der Vorstellung zunächst zu und dann ab, obwohl die Vorstellung in *Ziehens* Sinne dieselbe bleibt. Wir können demnach wohl der Vorstellung als Eigenschaft die Fähigkeit zuschreiben, Energie in sich aufzunehmen, durch sie an Deutlichkeit zu gewinnen und sie als Impulse weiterzugeben, aber wir können die in ihr tätige Energie nicht als Eigenschaft der Vorstellung bezeichnen.

Wie verhält sich nun die Energie zur Ideenassoziation? Sie zählt nicht zu deren vier Faktoren, durch die „die Reihenfolge unserer Vorstellungen oder, physiologisch gesprochen, der Weg der Erregung in der Hirnrinde eindeutig bestimmt“ ist, sondern bezeichnet die Kraft, mit der die einzelne Vorstellung ins Bewußtsein tritt, mit welcher also die Reihenfolge der Vorstellungen durchlaufen wird. Diese Kraft soll nun im wesentlichen von den vier Faktoren der Ideenassoziation abhängen. Gewiß wird sie an jeder Stelle der Reihe durch den Inhalt, die Deutlichkeit und den Gefühlston der vorhergehenden Vorstellung beeinflußt werden, hängt aber hauptsächlich von der Energie ab, die diese erhalten hatte und weitergeben konnte, sowie von den Impulsen, die die bei der jeweiligen Konstellation wirksamen latenten Vorstellungen der kommenden zusenden, und die wiederum auf die Impulse zurückgehen, die diesen latenten Vorstellungen von anderer Seite zugeflossen waren. Wenn *Ziehen* sagt, daß sie zum Teil wohl auch von der allgemeinen Energie der Ideenassoziation abhängt, so ist der Sinn dieser Bemerkung offenbar der, daß die Ideenassoziation bei verschiedenen Menschen und bei demselben Menschen zu verschiedenen



Zeiten mit sehr verschiedener Energie vor sich gehen kann, und daß von dieser Verschiedenheit auch das Maß der Energie beeinflußt wird, mit welcher eine bestimmte Reihenfolge von Vorstellungen durchlaufen wird; die Bemerkung sagt also nur von der Stärke, nicht von der Quelle der Energie aus. Durch welche Kraft kommt nun aber die Ideenassoziation in Gang? Diese Kraft stammt zweifellos aus der Empfindung und zwar nicht nur in dem Sinne, daß die Vorstellung von den Empfindungen, aus denen sie hervorging, eine gewisse Kraft zurückbehalten hat, die in ihr wieder lebendig werden und auf andere Vorstellungen weitergegeben werden kann, sondern in dem Sinne, daß den Vorstellungen von der Empfindung her immer neue Impulse zuströmen, welche die in ihnen ruhende Kraft wecken. Gewiß, wenn eine Vorstellung sich mit einer Empfindung verbindet, so kann der Impuls hierzu auch von der Vorstellung ausgehen. So kann bei der Erwartung die Vorstellung der erwarteten Empfindung bereits mit großer Energie vorhanden sein. Die Ideenassoziation, die sich dann an die Empfindung anschließt, ist nicht nur der Reihenfolge nach von der Vorstellung bestimmt, sondern hat ihre Energie auch wesentlich von der Vorstellung erhalten, die Ideenassoziation erfolgt aber erst beim Eintritt der Empfindung; diese gibt also den letzten Impuls zum Ablauf der Ideenassoziation, d. h. ihr Impuls lenkt die Kraft der Vorstellung, die vorher auf die Empfindung gerichtet war, in andere vorbereitete Bahnen. Der Impuls kann aber auch ganz von der Empfindung ausgehen, die eine der Empfindung ähnliche und zur Verbindung mit ihr taugliche Erinnerung heraufführt. Da diese von der Empfindung ausgehenden Impulse in die Energie der Vorstellungen eingehen und sie immer aufs neue verstärken, können wir die Energie der Vorstellung nicht allein als Wirkung der vier Faktoren der Ideenassoziation auffassen und insofern in die Ideenassoziation einbeziehen, wenn wir unter dieser mit *Ziehen* (S. 22) allein die Einwirkung der Erinnerungsvorstellungen verstehen. Die Empfindung gibt beständig die lebendige Kraft her, welche die Ideenassoziation in Gang setzt und, durch die von früheren Empfindungen her in der Vorstellung aufgespeicherten und auch in den latenten Vorstellungen ruhenden Kräfte verstärkt, die in der Ideenassoziation wirksame Kraft ausmacht.

Es stellt sich somit heraus, daß die Ideenassoziation einen Teil der Triebwirkung darstellt, und daß in diesem Teile *Ziehens* Energie der Ideenassoziation und der Vorstellung dem entspricht, was sonst als Stärke des Triebes bezeichnet wird. Soweit der Trieb von der Empfindung zur Vorstellung oder unmittelbar zur (automatischen) Bewegung führt, wird er beiseite gelassen und nur, soweit er Vorstellung an Vorstellung reiht, als Ideenassoziation und seine Kraft als Energie der Ideenassoziation und Energie der Vorstellung bezeichnet. Hat der Trieb sein physiologisches Korrelat in den Nervenstömen der Großhirnrinde, so entspricht nur ein Teil derselben der Ideenassoziation. — Die Energie einer Vorstellung erkennen wir aber nicht nur an dem Einfluß, den sie auf den Gang der Ideenassoziation



ausübt, sondern auch in ihrer Einwirkung auf das Handeln. Die Vorstellung der Durchnässung meiner Person beim Anblick der Regenwolke treibt mich zu schnellerem Gehen, um vor dem Beginn des Regens meine Wohnung zu erreichen. Mit jener Vorstellung ist also ein bestimmter Bewegungstrieb eng verbunden, der seine nähere Gestaltung oder Richtung durch die weitere Verbindung mit der Vorstellung meiner Wohnung empfängt, ohne aber notwendig die Vorstellung bestimmter Beinbewegungen, noch dazu in einer gewissen Intensität, wachzurufen, wie dies *Ziehen* verlangt. Er sagt z. B. (S. 19): „Der modifizierende Einfluß der Erinnerungsbilder kann zu einer Hemmung werden. Die interzentral durch eine Empfindung erzeugte Erregung erweckt infolge dieser Hemmung gar keine Bewegungsvorstellung oder nicht in genügender Intensität, und die Bewegung unterbleibt. . . . Also das letzte Glied des psychischen Prozesses kann wegfallen; es bleibt bei der Wahrnehmung und Überlegung, eine Bewegung erfolgt nicht." Unter Bewegungsvorstellungen versteht *Ziehen* die Erinnerungsbilder sowohl der eigentlichen Bewegungsempfindungen, die bei Bewegungen infolge der Reizung von Gelenk- und Sehnen-, Muskel- und Hautnerven auftreten, wie die Gesichtsempfindungen, die uns von der Bewegung unserer Glieder unterrichten. Daß optische Bewegungsvorstellungen für das Einüben von Bewegungen sehr wichtig sind, ist klar, ebenso aber, daß die eigentlichen Bewegungsvorstellungen wegen ihrer Undeutlichkeit und Verschwommenheit schon hierbei eine sehr geringe Rolle spielen. Beim Handeln treten jedoch auch die optischen Bewegungsvorstellungen um so weniger hervor einmal, je eingeübter die Bewegung ist, und je mehr sie sich also auf die Zielvorstellung hin „von selbst" einstellt, und dann, je weniger ich die Aufmerksamkeit auf ihre Ausübung richte. Die Annahme, daß dabei die Bewegungsvorstellung nur übersprungen werde, daß aber vor dem Pflücken einer Blume der Nervenstrom, der der Gesichtsvorstellung der Blume entspricht, die der Bewegungsvorstellung des Pflückens entsprechenden Bahnen durchlaufen müsse, ist unnötig, wenn ich öfters Blumen gepflückt habe, da dann die Vorstellung Blume, das Wortbild pflücken und die Einstellung auf die Bewegung des Pflückens miteinander durch Bahnung verbunden sind und die beiden ersten daher unmittelbar die Einstellung auf das Pflücken veranlassen können, ohne daß die Erregung den Umweg über die Bewegungsvorstellung nötig hat. Diese wird dann vielleicht auch latent beteiligt sein oder leise anklingen und dadurch die Einstellung auf die Bewegung sicherer machen, doch wird es eben auch hier individuelle Verschiedenheiten geben. Gegen die Annahme, daß der Weg zur Bewegung notwendig über die Bewegungsvorstellung oder die ihr entsprechenden Hirnerregungen führe, sprechen die Erscheinungen der sensorischen Aphasie, da hier die Wortvorstellungen, die für die Sprache die gleiche Bedeutung haben wie die Gesichtsvorstellungen für die äußere Bewegung, ausfallen und doch die willkürliche Sprache, wenn auch weniger sicher, erhalten sein kann, und zwar am ungestörtesten, wenn es sich um gewohnte Wortver-



bindungen handelt, während das Suchen nach einem Worte erschwert oder unmöglich ist, da sich hierbei die Aufmerksamkeit auf das Fehlen der Wortvorstellungen lenkt und der unmittelbare Bewegungstrieb gestört wird.

Bewegungen infolge von Vorstellungen brauchen also nicht erst auf dem Umweg über die Bewegungsvorstellungen zustande zu kommen. Diese sind nur für das Einüben von Bewegungen wichtig, treten aber bei gewohnten Bewegungen immer weniger hervor, je überflüssiger sie werden und je ungeteilter sich daher die Aufmerksamkeit dem Ziel der Bewegung zuwenden kann; schließlich können sie ganz ausfallen. Der Trieb wirkt also ohne Bewegungsvorstellungen bei ungeordneten und bei völlig gewohnheitmäßig geordneten Bewegungen, vor jeder Übung und nach Abschluß der Einübung. Er bedarf der Bewegungsvorstellungen nur, um aus automatischen, ziellosen Bewegungen automatische, zielsichere Bewegungen zu machen, und diese Zielsicherheit kann dann sogar leiden, wenn die Bewegungsvorstellungen unnötigerweise wach werden.

Ich zeigte bereits (S. 187-9), daß bei Einfügung des Triebes die Rolle klarer als Nebenrolle hervortritt, die dem Gefühl bei Gemütsbewegungen und Handlungen zufällt. Beim Zorn und noch mehr bei der Angst kann der in der Gemütsbewegung enthaltene und aus ihr sich entwickelnde Trieb zur automatischen Bewegung führen, es können aber bei geringerer Stärke der Gemütsbewegung auch Vorstellungen mitwirken und die allgemeine Richtung der Bewegung — dort Angriff, hier Flucht — näher bestimmen. Wirksam ist dabei nicht die lustbetonte, sondern die energische und ungehemmte Vorstellung. Die Vorstellung, daß der Gegner mir überlegen ist, oder daß der Flucht an der zuerst ins Auge gefaßten oder blind eingeschlagenen Richtung Hindernisse entgegenstehen, vermag den Trieb zu hemmen oder in andere Richtung zu leiten, aber durch ihren Inhalt, nicht durch die etwa mit ihr verbundene Unlust. Und ebensowenig wie hier die Affekthandlung wird die dem Willensentschluß vorhergehende und ihn bestimmende Überlegung durch das Gefühl gefördert; es stört im Gegenteil, wenn es sich einmischt, daher die Forderung, bei der Überlegung das Gefühl möglichst auszuschalten. Ob ich auf jenen Berg steige oder nicht, mag davon abhängen, ob ich mehr Lust am Wandern und der weiten Aussicht von oben als an der ruhigen Betrachtung der Gegend von meinem jetzigen Standpunkt aus habe. Aber wenn ich beides gegeneinander abwäge, tritt auch die Eigenart der Überlegung recht wenig hervor, da es sich nur um Vergleichung der Lust an dieser und jener Vorstellung handelt. Mehr schon, wenn ich eine Arbeit vor mir habe und zwischen ihr und der Wanderung wählen soll. Ich werde dann vielleicht überlegen, ob die Arbeit notwendig ist, und ob sie gleich getan werden muß. Diese Überlegung wird um so weniger vom Gefühl beeinflußt werden, je wichtiger mir die Arbeit ist, und je sorgfältiger ich infolgedessen überlege; je mehr aber so die Eigenart der Überlegung sich ausprägt, wird auch die Lust am Wandern zurücktreten, und sie wird bei



der Entscheidung etwa durch die weitere Überlegung ersetzt werden, ob falls der Aufschub der Arbeit möglich, die Wanderung mich erfrischen und somit für die Arbeit geeigneter machen wird. Kurz, je überlegter ein Entschluß ist, um so mehr ist für ihn der Inhalt der Vorstellungen und nicht das mit ihnen verbundene Gefühl maßgebend. Der Heerführer, der einen Schlachtplan entwirft, oder der Arzt, der überlegt, wie einem Kranken zu helfen ist, läßt sich nicht von der Lust oder Unlust leiten, die diese oder jene Vorstellung ihm erregt, sondern von deren Inhalt. Für die Wahl der Mittel ist das ja selbstverständlich. und man wird hier schwerlich die Irradiation des Gefühls zur Erklärung heranziehen wollen, aber es gilt auch für das Ziel der Handlung, falls es eben durch Überlegung festgestellt wird. Denn dann winkt hinter diesem Ziel ein anderes, entfernteres, und die Überlegung geht darauf, ob die Handlung ein geeignetes Mittel ist, dieses entferntere Ziel zu erreichen. *Ziehen* führt als Beispiel dafür, „daß ich oft auch Handlungen will, welche unmittelbar mit Unlustgefühlen verknüpft sind", die Selbstaufopferung an: „Die Vorstellung der Selbstaufopferung ist mit der Vorstellung der Rettung von Vaterland, Weib und Kind, mit der Vorstellung eines unsterblichen Ruhmes assoziativ verknüpft. Diese assoziativ verknüpften Vorstellungen sind bei einem Winkelried, einem Kodros von sehr intensiv positiven Gefühlstönen begleitet. Diese positiven Gefühlstöne gehen durch Irradiation auf die Vorstellung der Selbstaufopferung bzw. den mit dieser verknüpften Komplex von Bewegungsvorstellungen über. Da sie stärker sind als die negativen Gefühlstöne, so resultiert für die Vorstellung der Selbstaufopferung schließlich doch ein positiver Gefühlston, und dieser resultierende Gefühlston bestimmt die Handlung" (S. 258). Ohne weiteres ist zuzugeben, daß die Vorstellung des Zweckes, für den jemand freiwillig sein Leben opfert, geeignet sein muß, ihn mit Lust zu erfüllen. Überlegt er aber, ob dieser Zweck durch seinen Tod gefördert wird, so wird das Gefühl zurücktreten und nur der Inhalt der Vorstellungen in Betracht kommen. Ist dies nicht der Fall, oder bricht das Gefühl durch, so wird das klare Denken getrübt; der Entschluß muß „mit kaltem Blute" gefaßt werden, und erst, wenn mit ihm die Überlegung abgeschlossen ist, wird die Lust am Zwecke wieder hervortreten. Und ebenso steht es mit der Handlung selbst. Vorher mag Lust und Unlust miteinander streiten und die Lust schließlich überwiegen. Naht der Augenblick der Handlung, so weicht das Gefühl dem Willen, d. h. dem überlegten Triebe, und erst, wenn mit voller Aufmerksamkeit auf die Lage und die Bedingungen des Erfolges die Handlung zum Abschluß gebracht ist, kann Freude den letzten Augenblick verschönen. Je mehr die Lust an der Vorstellung des Ruhms und der Rettung von Vaterland und Familie auf die Vorstellung der Selbstaufopferung und weiter auf den Komplex der Bewegungsvorstellungen übergeht, je mehr also das Gefühl die Assoziation bestimmt, um so mehr wird statt des Überlegens und Handelns ein Ausmalen der Lage und des Kommenden stattfinden, je mehr dagegen statt



des Gefühls der Trieb oder die Energie der Vorstellung wirksam ist, um so mehr kommt es zur Überlegung und zur Handlung. Daß bei dieser nicht die Lust an der Vorstellung zum Wollen und Handeln führt, darin stimmen wohl alle Schilderungen unserer Krieger über die inneren Vorgänge während eines Angriffs oder eines Kampfes überein: maßgebend ist die intensive Vorstellung vorwärts! oder durch! oder in welchem Worte sie sonst zusammengefaßt wird; sie bestimmt im Verein mit den beständig wechselnden Empfindungen, namentlich des Gesichts, das Handeln. Kurz, überall da, wo Gefühls- und reine Triebwirkung von Vorstellungen voneinander getrennt zutage treten, zeigt sich ein Gegensatz: dort wird die Aufmerksamkeit auf gefühlsbetonte, hier auf solche Vorstellungen und Empfindungen gelenkt, die der Überlegung oder Handlung dienen; dort ist eben das Gefühl, hier der Inhalt der Vorstellung für den Fortgang des Denkens oder Handelns maßgebend.

Neben diesem Gegensatz besteht aber auch ein Zusammenhang, und er schlägt die Brücke zwischen *Ziehens* und der hier dargelegten Anschauung. Dieselben Vorstellungen, die den Trieb erregen, erregen auch das Gefühl. Nur muß das nicht zugleich geschehen und deshalb nicht zusammengeworfen werden. Gehen wir nochmals auf *Ziehens* Beispiel für die Energie der Vorstellung ein. Daß die Vorstellung der Durchnässung beim Anblick von Regenwolken den Gang der Ideenassoziation beeinflußt, könnte auch Folge der Unlust sein, die von jener Vorstellung geweckt wird. Dann aber würden vielleicht die einzelnen Unannehmlichkeiten deutlicher bewußt werden, die mit der Durchnässung verbunden sind und sich ihr anschließen können, oder Erinnerungen an einzelne Fälle von Durchnässung und ähnliche Erlebnisse würden auftauchen, oder die Unlust würde sich in Ausdruckbewegungen und Ausrufen entladen, Wirkt dagegen die bloße Energie der Vorstellung, also nach meiner Auffassung der gefühlsfreie oder doch vom Gefühl nicht bestimmte Trieb, auf den weiteren Verlauf, so werde ich überlegen, wie ich die unangenehme Durchnässung vermeiden kann, und dementsprechend handeln. Auch hier ist also für die Richtung der Überlegung und des Handelns die mit der Durchnässung verbundene Unlust maßgebend, aber nicht als Gefühl, das zur Vorstellung der Durchnässung hinzutritt, sondern als Gefühl, das im Inhalt der Vorstellung als Vorstellungsbestandteil enthalten ist, weil die Erlebnisse, die zur Vorstellung der Durchnässung verschmolzen sind, auch das Gefühl der Unlust umfaßten und ihr den Vorstellungsbestandteil hinterließen: Durchnässung ist unangenehm. Das aber macht einen großen Unterschied. Die Unlust als Vorstellungsinhalt kann beim Auftauchen der Vorstellung die Unlust als Gefühlsbetonung der Vorstellung wecken und wird dies besonders dann, wenn die Assoziation durch das Gefühl geleitet wurde, vielleicht auch, wenn der Vorgang noch nicht oft in gleicher Weise erfolgt ist, oder wenn die Wahrnehmung der Regenwolke unerwartet kam; sie muß es aber nicht und wird dann den Trieb im Sinne der Abwehr der Unannehmlichkeit,



also im Sinne des Schutzes, beeinflussen. Der Gefühlsinhalt der Vorstellung beeinflußt somit die allgemeine Richtung des Triebes, der übrige Inhalt die Einzelheiten und die besondere Gestaltung desselben. Unlust und Schutztrieb können aber auch zugleich geweckt werden. Dann kann weder die Unlust sich rein entwickeln noch die Überlegung oder Handlung ungestört vor sich gehen, beides greift ineinander, und die Handlung wird leicht weniger zweckmäßig und mehr aufs Geratewohl ausgeführt. Ebenso verhält es sich aber in den andern oben betrachteten Fällen. Die Vorstellung, für die jemand sein Leben opfert, muß geeignet sein, ihn mit Lust zu erfüllen, d. h. sie muß ihrem Inhalt nach Lust enthalten, aber um auf den weiteren Vorstellungsverlauf einzuwirken, braucht sie diese Lust nicht neu lebendig zu machen. Andrerseits wird sie aber um so mehr Lust enthalten und daher die Richtung des Denkens und Handelns um so stärker beeinflussen, je häufiger sie nicht nur in ihren Einzelheiten und in Verbindung mit verwandten Vorstellungen durchdacht, sondern auch lebendig gefühlt worden ist, denn um so mehr Lustinhalt hat sie gewonnen. Habe ich über die Bedeutung des Vaterlandes nur gehört, gelesen und nachgedacht, ohne daß mein Gefühl beteiligt war, so wird infolge der assoziativen Verwandtschaft mit andern Vorstellungen, die für mich nicht nur Lust enthalten, sondern selbst auch Lustgefühl geweckt haben, auch die Vorstellung Vaterland Lustinhalt erlangt haben, dieser wird aber verhältnismäßig gering sein und gegen die Unlust in der Vorstellung der Selbstaufopferung nicht aufkommen, da mein eigenes Selbst mich oft genug beschäftigt und nicht nur mein Denken und Handeln bestimmt, sondern auch mein Gefühl stark erregt hat. Das lebendige Gefühl oder die Gefühlsbetonung einer Vorstellung trägt also wesentlich dazu bei, daß diese durch Anreicherung ihres Gefühlsinhalts später die Richtung des Triebes zu beeinflussen vermag.

Die Grenzfälle, die allein eine reine, unvermischte Wirkung vor Augen führen können, lehren demnach, daß der Trieb sowohl vom Gefühl wie allein von der Vorstellung — oder anders ausgedrückt: sowohl vom Gefühlston wie allein vom Inhalt der Vorstellung — seine Richtung erhalten kann, und daß dementsprechend die Ideenassoziation und die Bewegung in beiden Fällen durchaus verschieden ausfällt. Zum Inhalt der Vorstellung gehört aber auch ihr Gefühlsinhalt, den auch *Ziehen* von der Gefühlsbetonung unterscheidet (S. 155—156, ohne aber weiterhin von dieser Unterscheidung Gebrauch zu machen), und den ich, um Verwechslungen mit dieser zu vermeiden, auch als Gefühlswert oder kürzer als (positiven oder negativen) Wert der Vorstellung bezeichnen werde. Wo die Gefühlsbetonung nicht mitspricht, beeinflußt allein der Inhalt der Vorstellung und somit auch ihr Gefühlswert den Fortgang des Denkens oder das Handeln, und zwar tut es der Gefühlswert in der besonderen Weise, daß als Ziel die im gegebenen Zusammenhang mit dem größten Gefühlswert ausgestattete Vorstellung auftritt. Ist ihr Wert positiv, so ist ihre Verwirklichung, ist er negativ, so ist



die Abwehr oder Abkürzung ihrer Verwirklichung das Ziel des Überlegens oder Handelns. In demselben Zusammenhang können auch Nebenziele sich hervortun, d. h. Vorstellungen, deren Gefühlswert erheblich, aber doch geringer als der des Zieles ist, und die deshalb zwar nicht das Ziel ausmachen, aber den Weg zum Ziele auch durch ihren Gefühlswert, nicht nur durch ihren übrigen Inhalt beeinflussen. Ich sehe also vielfach den Gefühlswert der Vorstellung als maßgebend da an, wo *Ziehen* den Gefühlston entscheiden läßt, und glaube, durch diese Abweichung namentlich die Eigentümlichkeit des Willens klarer und richtiger zum Ausdruck zu bringen, ohne das Berechtigte der *Ziehen*schen Auffassung anzutasten. Die Willensentscheidung ist auch für mich vom Gefühl abhängig, aber nicht immer vom gegenwärtigen, sondern auch vom Gefühl, insofern es Inhalt der Vorstellung geworden ist. Die Vorstellung vertritt in diesem Falle also nicht nur die Empfindung, sondern auch das Gefühl, und auf diese Weise kommt jene vom Gefühl abweichende Eigenart des Willens zustande, seine Selbständigkeit gegenüber wechselnden Gefühlen, die ihn oft in einen Gegensatz zu ihnen bringt. Die unmittelbare Erfahrung zeigt oft nichts von den „intensiv positiven Gefühlstönen", die dem Willen zum Siege über eine mit starker Unlust betonte Vorstellung verhelfen sollen, und daher rührt das Unbefriedigende jener Erklärung. Setzen wir dagegen beim Willen den Gefühlswert statt der Gefühlsbetonung als wirksam ein, so fällt der Widerspruch mit der Erfahrung und das Unbefriedigende der Erklärung fort. Dann ist es kein Widerspruch, wenn ich etwas will, was für mich im jetzigen Augenblick unlustbetont ist, weil ich dadurch verhindert werde, eine gerade jetzt lustbetonte Vorstellung zu verwirklichen, und das Wort von der „verfluchten Pflicht und Schuldigkeit" drückt ganz richtig das durchaus mögliche und sogar recht häufige Verhältnis aus, daß der bloße positive Wert der Pflichtvorstellung über die augenblickliche Lust, ihr zuwider zu handeln, den Sieg davonträgt, ohne daß hierzu der Wert der Pflichtvorstellung erst die Lust daran lebendig machen muß. Nur geeignet muß die Pflichtvorstellung infolge ihres Gefühlsinhalts sein, die Lust in höherem Grade zu wecken als die widerstrebende Vorstellung etwa des eigenen Vorteils; sie braucht sie aber nicht jetzt zu wecken, um wirksam zu werden. Der Wille wächst also aus dem Boden des Gefühls hervor, ist aber nicht vom gegenwärtigen Gefühl abhängig, weil er, je mehr er geübt ist und auf Überlegung beruht, um so mehr im Vergangenen wurzelt; er kann daher zum gegenwärtigen Gefühl in wirklichen Gegensatz treten, während die *Ziehen*sche Erklärung nur einen scheinbaren Gegensatz zwischen Gefühl und Willen zuläßt. Zu dieser Erklärung, die dem unmittelbaren Eindruck widerspricht, kommt man jedoch deshalb so leicht, weil die Selbstbeobachtung, die den Anteil des Gefühls feststellen will, die Aufmerksamkeit von der Willensentscheidung auf das Gefühl lenkt, damit aber dieses belebt und die Verwechslung des Gefühlsinhalts mit der Gefühlsbetonung begünstigt. Man spricht nicht mit Unrecht von einem „ver-

knöcherten Willen" als dem äußersten Gegensatz zu dem von Gefühlsbetonungen abhängigen und deshalb schwankenden Willen. Jene Bezeichnung ist nicht übel gewählt für solche Fälle, wo der Gefühlswert der Vorstellungen nicht von Zeit zu Zeit durch lebendige Gefühle aufgefrischt und gewissermaßen neu geprüft, sondern als Vorstellungsinhalt gleichsam erstarrt ist. Diese „Verknöcherung des Willens" würde nicht eintreten können, wenn zu jeder Willensentscheidung unlustigen Vorstellungen gegenüber die Gegenwirkung stärker lustbetonter Vorstellungen erforderlich wäre.

Wenn aber auch das Gefühl im Sinne des Gefühlstons keinen notwendigen Bestandteil des Wollens bildet, was macht dann das Eigentümliche des Willens aus? Was macht die bloße Vorstellung einer Handlung zur gewollten Handlung? Ich kehre zum Anfang meiner Betrachtungen zurück. Dafür, daß ich eine Bewegung will, erschien mir nicht in erster Linie wichtig, daß mir diese Bewegung vorschwebt, sondern daß sie mir als eine zu verwirklichende, als eine in die entsprechende Empfindung umzusetzende vorschwebt. Das Vorschweben allein der Bewegungsvorstellung oder der künftigen Bewegungsvorstellung führt vielleicht zur leisen, kaum empfundenen Andeutung der Bewegung, aber nicht zu ihrer wirklichen Ausführung und macht das Wollen nicht aus; Spannungsempfindungen aber treten nur ein, wenn die Ausführung auf sich warten läßt oder doch nicht sofort erfolgt. Daß ich die Bewegung will, dazu gehört vor allem eine ganz eigenartige Beziehungsvorstellung, die ich als die der Verwirklichung bezeichne, eigenartig dadurch, daß sie eine Beziehung zwischen der Bewegungsvorstellung und der erst erwarteten Bewegungsempfindung enthält, und zwar ganz allgemein auf dem Umweg über die Ichvorstellung, mag das Ich hier nun im naiven oder in irgendeinem philosophischen Sinne genommen werden; selbst wer ein Ich theoretisch nicht anerkennt, wird die gewollte Bewegung wenigstens als Folge eines bestimmten psychischen und eines bestimmten Gehirnvorganges auffassen, also einen Teil dessen, was er im handelnden Leben als sein Ich bezeichnet, als Bedingung der gewollten Bewegung ansehen. Die erwartete Empfindung ist natürlich noch nicht vorhanden, und die ihr entsprechende Vorstellung kann einfach das Erinnerungsbild einer früheren Empfindung sein, mit der statt der Vorstellung der Vergangenheit die der Zukunft verbunden ist, sie kann aber auch eine aus Erinnerungsbildern früherer gleichartiger Empfindungen zusammengeflossene, vielleicht sogar mehr oder weniger unbestimmte Vorstellung sein, die die Teilvorstellung der Vergangenheit und damit die Eigenart des Erinnerungsbildes bereits abgestreift hat und jetzt die Beziehung auf die Zukunft erhält. Die der erwarteten Empfindung entsprechende Vorstellung unterscheidet sich also vom Erinnerungsbilde nur darin, daß die zeitliche Beziehung zwischen Vorstellung und Empfindung geändert ist, und kann dementsprechend als Zukunftbild bezeichnet werden. Wie ich annehme, daß mein jetziges Erinnerungsbild der früheren Empfindung, abgesehen von deren sinnlicher Lebhaftigkeit, gleiche, so nehme ich an, daß dem Zukunftbilde die künf-

tige Empfindung gleichen werde. Die Vorstellung der Verwirklichung beruht also außer auf zeitlichen Beziehungsvorstellungen auch auf solchen der Gleichheit (in bezug auf den Vorstellungsinhalt — bei Verschiedenheit in bezug auf die sinnliche Lebhaftigkeit). Aber noch eine dritte Beziehungsvorstellung ist in ihr enthalten, nämlich die der Abhängigkeit oder der Ursache und Wirkung. Nicht, als ob die Empfindung nun einfach als Wirkung des Zukunftbildes gälte, sondern es ist eine Zwischenvorstellung eingeschoben, die den so oft erlebten Zusammenhang besser ausdrückt, die zunächst undeutliche Vorstellung des Ich, das das Zukunftbild gestaltet oder, wenn dies einem Erinnerungsbilde entspricht, auswählt und die ihm gleiche Empfindung herbeiführt, d. h. das Zukunftbild verwirklicht. Ähnlich, wie hier das Zukunftbild und seine Verwirklichung im Ich, finden ja auch in dem Gedanken: „meine Vorhersage eines Krieges verwirklicht sich", Krieg und Vorhersage ihre gemeinsame Begründung im Weltlauf, der den Krieg herbeiführt, und dessen Betrachtung mich zu meiner Voraussage angeregt hat. Je häufiger gleichartige Erwartungen eingetroffen sind, und je sicherer mir jener ursächliche Zusammenhang erscheint, um so sicherer ist auch meine Erwartung. Beide Vorstellungen, die der Gleichheit und die der Ursächlichkeit, machen zusammen mit der zeitlichen Beziehung zwischen Vorstellung und Empfindung die Vorstellung der Verwirklichung aus und damit zugleich den Vorstellungsbestandteil im „Wollen". Dagegen gehört zum Wollen nicht, daß die Verwirklichung, die Umsetzung der Bewegungsvorstellung in die Empfindung, tatsächlich stattfindet. Äußere Gewalt, Lähmung oder innere Hemmung kann die Bewegung verhindern oder völlig abändern, ohne daß ich sie deshalb weniger gewollt habe. Auch Mangel an Übung oder eine ungünstige Konstellation der Bewegungselemente kann eine andere als die gewollte Bewegung hervorbringen; trotzdem habe ich eine dem Zukunftbilde gleichende Bewegung gewollt. Fehlt dagegen eine jener beiden Beziehungsvorstellungen, sei es die der Gleichheit oder die der Ursächlichkeit, so spricht man nicht vom Wollen. Für die Gleichheitbeziehung ist das selbstverständlich: die Vorstellung einer künftigen Bewegung enthält die Gleichheitbeziehung zu einer möglichen zukünftigen Empfindung. Aber die Vorstellung der Ursächlichkeit gehört ebenso zum Wollen. Wird durch elektrische Erregung die dem Zukunftbilde der Bewegung gleichende Bewegung erzeugt, ohne daß ich mich für den Urheber halte, so sehe ich sie nicht als Folge meines Wollens an, wohl aber sehe ich sie als gewollt an, wenn ich mir vorstelle, daß ich die Ursache der Bewegung gewesen bin. Unter dieser Voraussetzung kann die elektrisch bewirkte Bewegung nun auch eine hysterische Lähmung zum Schwinden bringen, indem sie dem Kranken als Folge seines Wollens vorgetäuscht wird. Letzteres führt auf die Bedeutung, welche der Sicherheit der Erwartung beim Wollen zukommt. Sie gehört nicht wesentlich zum Wollen, aber hat großen Einfluß auf den Erfolg des Wollens. Je sicherer der Erfolg erwartet wird, um so leichter tritt er ein, weil um so weniger



Hemmungen dazwischen kommen. Die Vorstellung der Unfähigkeit, durch welche die Erwartung herabgestimmt wird, d. h. ihre Sicherheit verliert, hemmt, d. h. sie hebt die Vorstellung der Verwirklichung nicht auf, aber sie beeinträchtigt die Energie dieser Vorstellung und damit den Erfolg. Handelt es sich nur um die Vorstellung meiner gegenwärtigen Unfähigkeit, mein Wollen durchzusetzen, halte ich aber an der sicheren Erwartung fest, künftig unter veränderten Umständen das Ziel zu erreichen, so mag die Energie, die der Vorstellung der Verwirklichung zugeflossen war, statt zur Handlung zur Überlegung führen, welche günstigeren Bedingungen den Erfolg gewährleisten würden, und wie sie herzustellen sind, oder ich warte eben den Eintritt günstiger Umstände ohne eigenes Zutun ab. Dann will ich auch jetzt noch die künftige Handlung, aber es bleibt beim Wollen, und dieses führt vorläufig nicht zum Handeln, weil das „jetzt Wollen" ausbleibt, nämlich die Verbindung der Vorstellung der Verwirklichung mit der Vorstellung „jetzt", mit andern Worten die Festsetzung der Verwirklichung auf den eben einsetzenden Augenblick, die gewöhnlich durch ein „Jetzt!" oder „Los!" und dergleichen angedeutet wird und zum Handeln überleitet. Dieses „Jetzt" bedeutet für gewöhnlich die Vorstellung, daß gegenwärtig innere und äußere Hemmungen der Handlung nicht entgegenstehen oder doch nur soweit, daß sie zu überwinden sind, oft auch, daß sie bei längerem Zögern eintreten oder anwachsen könnten. Je deutlicher diese Vorstellung ist, um so größere Energie kann sie der Vorstellung der Verwirklichung zuführen. Fehlt jedoch die Sicherheit der Erwartung, daß das Wollen gelingen werde, so wirkt das Wollen nur „mit halber Kraft", und auch die Vorstellung einer großen Not, aus der nur mein Handeln retten kann, und der Schwierigkeiten, die aus längerem Zögern vielleicht erwachsen, vermag die Sicherheit der Erwartung nicht immer zu ersetzen. So zeigt sich die Wahrheit des Wortes vom Glauben, der Berge versetzt. Die Überzeugung von der Möglichkeit einer Handlung stärkt die Kraft des Wollens, indem sie innere Hemmungen beseitigt, die der Handlung oder der vorbereitenden Überlegung entgegenstehen. Wer also ernstlich einen Berg versetzen will und von der Möglichkeit überzeugt ist, wird auch die Durchführung in Angriff nehmen und durchsetzen können, vorausgesetzt daß er das Wort nicht im Sinne eines Zaubers nimmt, sondern zweckentsprechend überlegt und handelt, also etwa den Berg allmählich abträgt und anderswo aufschüttet. Denn nur durch Handeln führt der Glaube zur Erfüllung.

Wir können hiernach die Stärke des Wollens auf *Ziehens* Energie der Vorstellung zurückführen, freilich, wie bei dem Beispiel der Armbewegung, nur mittelbar auf die des Erinnerungsbildes, unmittelbar dagegen auf die der Verwirklichung des Zukunftbildes. Jene kann zu dieser führen, und wir werden später sehen, daß auch das Zukunftbild einer Bewegung keineswegs deutlich und lebhaft zu sein braucht, und daß der Vorstellung der Verwirklichung die Energie von anderer Seite zufließen kann, nämlich



vom Zweck oder vom Ziele der Bewegung, mag dies als Empfindung oder als Vorstellung gegeben sein.

Wie entsteht nun aber die Vorstellung der Verwirklichung, und wie kommt es, daß sie bei genügender Energie zur Verwirklichung der vorgestellten Handlung überleitet, statt auf dem Wege der Ideenassoziation andere Vorstellungen ins Bewußtsein zu rufen? Die Zielvorstellung und damit die Vorstellung ihrer Verwirklichung fehlte beim automatischen Akt, aus dem die Handlung, und zwar zuerst die Triebhandlung, hervorging. Ich komme daher in diesem Zusammenhang nochmals auf diese Verhältnisse, und zwar zunächst am Beispiel des Nestbaus des Vogels zurück. „Der erste Bewegungsreiz entspringt aus dem Genitalorgan, aber wieviel interkurrente Reize bestimmen und modifizieren nun die ablaufende Bewegung?" Der vom Genitalorgan ausgehende wie die interkurrenten, durch das Auge vermittelten Reize führen aber nicht nur auf vorgebildeten Leitungsbahnen zu Bewegungen, sondern werden auch als Empfindungen bewußt, und diese hinterlassen Erinnerungen. Der Vogel erlebt also den automatischen Akt des Nestbaus, wenn auch wohl in einem großenteils unklaren Bewußtsein, d. h. in einem noch ungegliederten und daher unklaren Empfindungsablauf mit undeutlicher Erinnerung, aus der sich nur einzelne, schon früher und in anderem Zusammenhang klarer hervorgetretene Bilder abheben. Nun erblickt er ein Flöckchen Wolle, mit der er, wie ich annahm, die wenn auch noch so undeutliche Erinnerung des Weichen und Leichten verbindet, er fliegt auf die Wolle zu und erhascht sie: aus der automatischen Bewegung ist in diesem Abschnitt eine Triebhandlung geworden, und zwar dadurch, daß aus dem Empfindungsablauf eine einzelne Empfindung infolge der mit ihr verknüpften Erinnerung gesondert hervortritt und somit nicht als bloßer Gesichtsreiz, sondern zugleich als Wahrnehmung, d. h. als in das Spiel der Assoziation eintretende (S. 17) und die Aufmerksamkeit erregende (S. 210) Empfindung zu wirken vermag und hierdurch den nächsten Ablauf der automatischen Bewegung bestimmt. Die automatische Bewegung war eine Triebbewegung, weil sie aus fortlaufender, mit Bewußtsein — und zwar mit Empfindungen, die den Genital- und Gesichtsreizen entsprachen — verbundener Einstellung auf Bewegung hervorging; jetzt wird die Triebbewegung zur Triebhandlung, indem für diesen Abschnitt eine Empfindung, weil mit Erinnerung an einen von dem jetzigen verschiedenen Empfindungszusammenhang verbunden, „den maßgebenden Einfluß auf die Auswahl der resultierenden Bewegung" gewinnt. Wenn *Ziehen* also Handlungen als „sogenannte bewußte oder willkürliche Bewegungen" bezeichnet (S. 11), so ist das „sogenannte" zu betonen; bewußt wird vielfach auch die automatische Bewegung in der den Reiz und die Bewegung begleitenden Empfindung. Dagegen spricht nicht, daß eingeübte Bewegungen auch automatisch, und zwar unbewußt und unwillkürlich, ablaufen können, daß etwa der Klavierspieler trotz Abwesenheit seiner Gedanken ganz richtig weiterspielt,



da er eben sich innerlich mit anderem beschäftigt und deshalb auf das Spiel nicht achtet. Genauer nennt denn auch *Ziehen* (S. 232) Handlung eine Bewegung, die das Resultat einer Ideenassoziation ist, und dies trifft auch auf die Triebhandlung des beim Nestbau die Flocke erhaschenden Vogels zu. Das gleiche ist nun auch beim pickenden Hühnchen der Fall: auch hier die Entwicklung der Triebhandlung aus der Triebbewegung durch das Auftreten von Erinnerung und deren Verschmelzung mit der Gesichtsempfindung der Getreidekörner. Und ähnlich verhält es sich beim Kinde, das eine eben gesehene Bewegung seiner Hand nach der Erinnerung wiederholt.

Erwächst nun aber in diesen Fällen der für die Bewegung maßgebenden, in die Empfindung eingehenden Vorstellung jene Macht allein aus der Ideenassoziation? Es können ja neben der „initialen" auch andere gleichzeitige Gesichtsempfindungen auftreten, die sich infolge von Ideenassoziation aus dem verworrenen Empfindungsablauf ebenso klar herausheben, ohne doch auf die ablaufende Bewegung einzuwirken, im ersten Beispiel Steinchen, Futterkörner, im zweiten Steinchen, Glasstückchen usw., im dritten allerlei sonstige gleichzeitige Gesichtsempfindungen. Im zweiten Beispiel gibt vielleicht der Gefühlsinhalt des Erinnerungsbildes Aufschluß, er ist positiv, und zwar positiv in Verbindung mit den Hungerempfindungen, deren Erinnerung ja ebenfalls mit der Erinnerung an die Futterkörner assoziiert ist. Daß der Gefühlsinhalt aber nicht immer ausreicht, habe ich oben bei Betrachtung des ersten Beispiels gezeigt; hier müssen vorgebildete Leitungsbahnen die Richtung des Triebes auf die leichten und weichen Gegenstände lenken, ohne daß eine Ideenassoziation die Verbindung zwischen den dem Genitalreiz entsprechenden Empfindungen und der für die Triebhandlung maßgebenden Gesichtsempfindung herstellen und so die etwaige Lust an leichten und weichen Gegenständen für die Bewegung wirksam machen kann. Im dritten Beispiel endlich scheint mir vor allem die Aufmerksamkeit, die eine ungewohnt deutliche Verbindung der Bewegungsempfindung im engeren Sinne mit der Gesichtsempfindung des bewegten Armes hervorruft, dieser den Einfluß auf die kommende Bewegung zu verleihen, wenn auch andere Möglichkeiten nicht auszuschließen sind. Bewegte Gegenstände lenken ja den Blick und damit die Aufmerksamkeit besonders leicht auf sich, mit dem Gesichtsfeld einiger derselben, z. B. dem einer Bewegung des eigenen Armes, sind aber gleichzeitig schon oft Empfindungen ganz anderer Art, nämlich Bewegungsempfindungen im engeren Sinne, eingetreten, und als Folge hiervon ist eine undeutliche Assoziation zurückgeblieben. Wird nun die Aufmerksamkeit auf diese Verbindung gelenkt, etwa dadurch, daß eine Bewegung besonders kräftig ausfiel, und tritt damit die Gesichtsempfindung der Armbewegung noch mehr in den Mittelpunkt des Bewußtseins, so wird der Bewegungstrieb, der so eben ohne Beteiligung der Vorstellung zu jener Armbewegung geführt hat, nun um so mehr jene



Einstellung festhalten und eine Wiederholung der Armbewegung bewirken. Das heißt in *Ziehens* Ausdrucksweise: dem frischen und daher noch deutlichen optischen Erinnerungsbilde der Armbewegung fließt durch den von dem frischen Erinnerungsbilde der Bewegungsempfindungen im engeren Sinne ausgehenden Impuls ein solcher Zuwachs an Energie zu, daß die folgende Bewegung im Sinne der vorhergehenden bestimmt wird.

Auch hier erklärt jedoch die Ideenassoziation allein nur die Gestaltung der Bewegung, nicht das Auftreten der Bewegung selbst. Es fehlt, wenn wir nur die Ideenassoziation heranziehen, die Ursache dafür, daß die Energie, die sich auf dem optischen Erinnerungsbilde der Armbewegung angehäuft hat, zur Bewegung und nicht zur Assoziation weiterer Vorstellungen führt. Es mögen Nachempfindungen der Armbewegung oder deren frische Erinnerung daran beteiligt sein, nur maßgebend sind sie nicht, da die Ideenassoziation wohl Bildung von Vorstellungen, nicht aber von Bewegungen erklären kann. Wir müssen auch hier auf die reflektorische und automatische Bewegung zurückgreifen, die freilich in diesem Falle scheinbar regellos und weder so mannigfaltig noch einem für den Beobachter so deutlichen Ziele angepaßt ist wie beim Nestbau des Vogels. Die ersten Bewegungen des Kindes, wie Schreien, Saugen, Gliedbewegungen, erfolgen reflektorisch. Bedarf es zuerst starker oder einer Reihe schwacher, sich allmählich zu größerer Stärke ansammelnder Reize, um eine Bewegung herbeizuführen, so bilden sich später die vom Reiz zur Bewegung angelegten Bahnen immer entschiedener aus: der Bewegungstrieb entwickelt sich immer mehr. Und da die Empfindungen dieser Reize Erinnerungen hinterlassen, beginnt hier auch die Ideenassoziation und mit ihr eine immer genauere und mannigfaltigere Zuordnung von Bewegungen zu Empfindungen: mit der Entwicklung geht eine Verwicklung der Triebe Hand in Hand. Nicht nur Reize auf die Haut oder aus dem Innern des Armes bewirken Armbewegungen, sondern auch frische Gesichtsvorstellungen von Armbewegungen, die durch starke Impulse von andern Armempfindungen her eine besondere Triebkraft erlangt haben, etwa auf die Art, wie ich das oben ausgeführt habe; später, wenn die Verbindung fester geworden, genügen hierzu schwächere Erregungen: durch Übung wird die Wiederholung eben gesehener Bewegungen immer leichter und sicherer, die jeweilige Zielvorstellung des Bewegungstriebes immer müheloser und dem Erinnerungsbilde ähnlicher verwirklicht. Dabei bildet sich nun allmählich die Vorstellung der Verwirklichung aus und tritt an Stelle der Armempfindungen, die bisher nötig waren, um dem Gesichtsbilde der Armbewegung die Energie zu geben, die sich im Auftreten einer ähnlichen Armbewegung äußerte. Denn das Erlebnis, daß die folgende Bewegung der vorhergehenden glich, und daß Körperempfindungen bei beiden auftraten von der Art, wie sie alle Bewegungen des eigenen Leibes begleiten und damit wesentlich zum Entstehen der Ichvorstellung beitragen, hinterläßt als Niederschlag bei häufiger Wiederholung die zunächst ganz undeut-

liche Vorstellung, daß ich, das dauernd vorhandene Ich, das die ersten Armbewegungen nur wahrzunehmen schien, auch die Ursache der Bewegungen ist, daß ich also fähig bin, den Arm dem Erinnnerungsbilde einer Armbewegung entsprechend zu bewegen, das heißt die Vorstellung der Armbewegung zu verwirklichen. Das Erlebnis aber, das im Verein mit andern gleichartigen Erlebnissen zur Allgemeinvorstellung der Verwirklichung führte, und dessen Erinnerung daher mit dieser eng verbunden ist, war nur möglich, weil die Bewegung tatsächlich erfolgte; die motorische Einstellung, der Bewegungstrieb, wird daher jetzt auch von der Vorstellung der Verwirklichung einer Bewegung aus in Tätigkeit versetzt, wenn nicht Hemmungen eintreten. Gehirnphysiologisch ausgedrückt: von den sensiblen Hirnelementen (*a*) ging der Nervenstrom nicht nur zu den motorischen (*b*), sondern auch zu den Hirnelementen (*c*), deren Erregung jenen Einzelerlebnissen entsprach. Mit diesen Hirnelementen sind jetzt aber auch die Hirnelemente verbunden, deren Erregung dem aus den Einzelerlebnissen gebildeten Begriff entspricht. Aus *b* floß der Strom in die Bewegungsnerven weiter, aus *c* besonders nach dem gleichzeitig erregten *b*, und da zwischen *c* und *d* eine gut leitende Verbindung besteht, wahrscheinlich sogar *d* mit allen einzelnen *c* verbunden ist, wie der Begriff der Verwirklichung mit den Einzelerlebnissen, aus denen er gebildet ist, so wird eine Erregung, die sich in *d* ansammelt, gleichfalls die Richtung nach *b* einschlagen. Vom Nervenstrom, der von *a* nach *b* floß, hat sich also ein Nervenstrom abgezweigt, der von *a* über *c* nach *b* fließt. Daß der Strom sich nicht umkehrt, dafür sorgt der beständige Zufluß aus den sensiblen Nerven nach *a* und der Abfluß aus *b* in die motorischen Nerven. *c* und *d* sind eng miteinander verbunden, und gesteigerte Erregung in *d* fließt ebenso über *c* nach *b* ab, wenn nicht der Abfluß nach anderer Richtung besonders erleichtert wird.

Diese Erleichterung des Abflusses nach anderer Richtung tritt ein, wenn andere Vorstellungen, die mit der Vorstellung der Verwirklichung in assoziativer Verbindung außerhalb der Triebrichtung stehen, im Bewußtsein auftauchen. Sind jedoch solche nicht vorhanden oder erreicht ihre Energie nicht die der Vorstellung der Verwirklichung und des Gesichtsbildes der Armbewegung, so führt deren gemeinsame Energie d.h. die Energie des zu verwirklichenden Gesichtsbildes der Bewegung zur Bewegung: auf den ausgeschliffenen Bahnen, die sich sowohl von den der Gesichtsvorstellung wie von den der Verwirklichungsvorstellung entsprechenden Hirnelementen zu den die Bewegung erzeugenden motorischen Hirnelementen ausgebildet haben, fließt der Nervenstrom der motorischen Rinde zu und von dort in die Bewegungsnerven ab. An die Stelle der intensiven Bewegungsempfindung ist die Verwirklichungsvorstellung, an die Stelle der Gesichtsempfindung der Bewegung deren Vorstellung, an die Stelle der noch in der motorischen Rinde zurückgebliebenen Einstellung zur Bewegung die Disposition zu deren Einstellung getreten. Erhalten jene beiden Vorstellun-



gen durch die Ideenassoziation hinreichende Energie, d. h. überragt ihre Energie die der andern Vorstellungen, so erfolgt die Bewegung.

Dieser Art der Einübung von Bewegungen geht aber eine andere nebenher. Eine automatische Armbewegung führt etwa zur Berührung der Hand mit einem Gegenstande, z. B. der andern Hand, und nun wird diese Bewegung wiederholt, aber ihr Ziel ist nicht die gleiche Bewegung, sondern die Berührung des gleichen Gegenstandes, so daß die Energie, die zur Bewegung führt, nicht dem Gesichtsbilde der Bewegung, sondern dem der Berührung angehört. Die Bewegung selbst kann die gleiche sein, da aber die Aufmerksamkeit nicht auf die Bewegung, sondern auf den Ort, wo sie endet, gerichtet ist, knüpft sich die künftige Ausführung der gleichen Bewegung nicht an die optische Bewegungsvorstellung, sondern an die Vorstellung des räumlichen Verhältnisses, in dem der Gegenstand erschienen war.

So wird bei der Übung im Tasten und Greifen die Gestaltung der Bewegung nicht von der Gesichtsvorstellung der Bewegung, sondern von der Ortsvorstellung des Bewegungszieles abhängig; indem das Zukunftbild, das vorher die ganze Bewegung umfaßte, sich jetzt auf deren Endpunkt verschiebt und durch diese Einengung größere Deutlichkeit gewinnen kann. Beide Bewegungsarten hängen also zusammen. Lag bei der ersten das Ziel der Bewegung in deren Gesamtgestaltung noch gleichsam verhüllt und unausgesprochen, so tritt es in der zweiten als Bewegungsziel im eigentlichen Sinne hervor, während hier die Gestalt der Bewegung nur undeutlich und gleichsam verhüllt mitwirkt. Bewegungsvorstellung und Zielvorstellung sind demnach nicht in ihrem Umfang verschieden, sondern nur darin, daß in jeder eine andere Teilvorstellung durch die Aufmerksamkeit betont, durch Zufluß von Energie besonders hervorgehoben wird. Beide Vorstellungen sind ja ineinander verflochten, und in ihren Zusammenhang tritt später, wenn aus dem automatischen Akt und der Triebhandlung die intellektuelle Handlung im eigentlichen Sinne, aus der Triebbewegung die gewollte Bewegung entsteht, die aus vielen Erinnerungen gebildete Allgemeinvorstellung der Verwirklichung. Der Gipfel — wenn ich so sagen darf — der über die Gesamtvorstellung verbreiteten Energie kann dabei von einer zur andern Teilvorstellung gleiten, zur Ausführung der Bewegung kommt es aber bei der gewollten Handlung nur dann, wenn er auf die Vorstellung der Verwirklichung übergeht, ohne daß dadurch die übrigen Vorstellungen von Energie entblößt werden; ihre Energie wird nur von der der Vorstellung der Verwirklichung gleichsam überhöht. Es kommt dann zur Bewegung, weil die der Vorstellung der Verwirklichung entsprechende Hirnerregung infolge der früheren Vorgänge, die zur Bildung der Vorstellung der Verwirklichung führten, die Richtung auf die motorischen Elemente einschlägt, und zwar nimmt die Bewegung infolge der Mitwirkung der Gesichtsvorstellung die besondere, in dieser vorgebildete Form an. In den unmittel-



baren Fortgang vom Reiz zur Bewegung oder von Empfindung zu Empfindung, wie ihn die automatische Bewegung aufweist, hat sich also zunächst die Bewegungsvorstellung eingeschoben und die Gestaltung der Bewegung beeinflußt, dann aber ist an die Stelle des Reizes oder der Empfindung, die den Ausgangpunkt des Triebes darstellte, die Vorstellung der Verwirklichung getreten, indem nun sie zu der durch andere, mit ihr zusammenhängende Vorstellungen vorbereiteten Bewegung führt, mit andern Worten, im Verein mit jenen Vorstellungen den unmittelbaren Ausgangpunkt des Bewegungstriebes bildet und diesen hervorruft.

Später vereinfacht sich dieser Vorgang. Die Aufmerksamkeit richtet sich immer mehr auf das Ziel und um so weniger auf die Gestaltung der Bewegung, je sicherer diese dem Ziele angepaßt ist. Immer enger wird die Verbindung der der Ortsvorstellung des Ziels entsprechenden Hirnelemente mit den motorischen Hirnelementen, die die durch jene Ortsvorstellung als Ziel bestimmte Bewegung erzeugen, während die der Bewegungsvorstellung entsprechenden Hirnelemente immer weniger zur Ausführung der Bewegung mitwirken und endlich eine bloße Nebenleitung darstellen, die für die zweckmäßige Gestaltung der Bewegung immer weniger erforderlich ist und infolge der innigeren Verbindung zwischen den der Ortsvorstellung des Ziels entsprechenden und den motorischen Hirnelementen immer weniger in Anspruch genommen wird. Die Bewegungsvorstellung hat dann die Bedeutung verloren, die ihr für die Einübung der Bewegungen zukam; Zielvorstellung und Verwirklichungsvorstellung genügen zur Ausführung der Bewegung.

Neben dieser Vereinfachung erfolgt aber auch eine Erweiterung des Vorgangs, und zwar in zwei Richtungen: einmal können sich vor der Verwirklichung der Zielbewegung Zwischenvorgänge einschieben, und ferner kann hinter der Zielbewegung ein neues Ziel erstehen und das bisherige zu einem Zwischenziel herabdrücken; beide Arten der Erweiterung fallen freilich im Grunde zusammen und sind nur nach dem Ausgangpunkt der Betrachtung verschieden.

Das Ziel ist beim Tasten und Greifen zunächst in der Empfindung gegeben. Tritt später für diese das Erinnerungsbild ohne bestimmte Ortsvorstellung ein, so kommt es zum Suchen, bei dem gleichfalls die Energie, welche die Bewegung gestaltet, nicht der optischen Bewegungsvorstellung, sondern der Zielvorstellung angehört. Liegt der gesuchte Gegenstand nicht im Bereich meiner Augen oder meiner tastenden Hände, so gehe ich umher, um ihn anderswo zu suchen. Dann bedeutet das Gehen einen Zwischenvorgang, der sich in den Vorgang des Suchens einschiebt, jedoch nur unter der Voraussetzung, daß ich an das Suchen denke; denke ich dagegen an das Gehen, so steht hinter dem Ziel des Gehens ein weiteres Ziel, das des Suchens. Und ebenso verhält es sich mit den einzelnen Schritten im Verhältnis zum Gehen. Obwohl es sich also nur um eine verschiedene Auffassung desselben Vorgangs handelt, ist die Unterscheidung der beiden



Arten, auf welche die Erweiterung des Vorgangs erfolgen kann, doch berechtigt, da das Verhältnis eben von beiden Seiten aus betrachtet werden kann und je nach der Energie, die augenblicklich dieser oder jener Vorstellung in höherem Maße innewohnt, von dieser oder jener Seite aus betrachtet wird.

Da die Ortsvorstellung des gesuchten Gegenstandes nicht eindeutig bestimmt ist, so führt das nur in Bewegungen und Empfindungen sich erschöpfende „bloße" Suchen oft nicht oder doch nur unter unverhältnismäßigen Mühen zum Ziel; statt seiner entwickelt sich ein geistiges Suchen, dessen Ziel nicht die mit der Zielvorstellung übereinstimmende Empfindung, sondern die Vorstellung des örtlichen Verhältnisses der Zielvorstellung zu solchen Erinnerungsbildern ist, deren Ort im Gedächtnis feststeht: aus dem Suchen im Raum ist ein Suchen im Bewußtsein und zwar in der Erinnerung geworden, und das ursprüngliche Ziel, der gesuchte Gegenstand, ist zum entfernteren Ziel geworden, indem als näheres, als vermittelndes Ziel die deutliche Ortsvorstellung des Gegenstandes sich eingeschoben hat. Die Energie der ursprünglichen Zielvorstellung, die beim „bloßen" Suchen sich in Bewegungen umsetzte, hat, da sie auf diesem Wege durch die Energie der Vorstellung der Nutzlosigkeit oder der zu großen Anstrengung des bloßen Suchens gehemmt wurde, die Richtung auf andere, mit ihr durch die Beziehungsvorstellung des räumlichen Zusammenhangs assoziativ verbundene Erinnerungsbilder genommen und bewirkt die Verdeutlichung dieses Zusammenhangs.

Das Suchen in Erinnerungsbildern mag geglückt, der Ort des Gegenstandes deutlich ins Bewußtsein getreten sein, aber der Gegenstand befinde sich nicht mehr dort. Was dann, wenn die Energie der ursprünglichen Zielvorstellung sich noch nicht erschöpft hat? Hebt nicht von neuem ein blindes Suchen an, oder wird es durch die gleiche Gegenvorstellung wie vorhin gehemmt, so muß die Energie der ursprünglichen Zielvorstellung, der auch der bisherige Ausweg durch die Gegenvorstellung der Ergebnislosigkeit versperrt ist, sich in andere Bahnen ergießen und wird statt räumlicher Vorstellungen solche der Ursächlichkeit ins Bewußtsein heben. Es beginnt das Suchen oder das Fragen nach der Ursache, weshalb der gesuchte Gegenstand sich nicht an der früheren Stelle befinden mag. Frühere Erlebnisse, die einen Ortswechsel desselben oder ähnlicher Gegenstände enthalten, tauchen in der Erinnerung auf, der Zusammenhang dieser Erlebnisse mit andern Vorgängen wird deutlich und führt zum Vergleich mit den Umständen, die im vorliegenden Falle mitgespielt und das Verschwinden des Gegenstandes bewirkt haben können; neue Zwischenzielvorstellungen sind entstanden, die den Zusammenhang immer mehr erweitern. — So entsteht allmählich mit der fortschreitenden Bildung von Vorstellungen neben dem zunächst regelmäßigen Ablauf der Erregung von der Empfindung zur Bewegung die Möglichkeit, daß die zunächst nur zwischen Ausgangempfindung und Bewegung in weiteren „initialen" Empfindungen wirkenden

und die ablaufende Bewegung umgestaltenden Vorstellungen sich auch ununabhängig von der Empfindung gegenseitig und nicht nur in der Richtung zur Bewegung hin Antriebe zusenden, und dies geschieht durch Bildung immer weiterer Zielvorstellungen, die Hand in Hand geht mit der zunehmenden Fähigkeit, nähere Ziele zu erreichen, wobei dann diese näheren Ziele zur Bedeutung von vermittelnden Zielen, von Mitteln herabsinken. Aus dem erst „blinden“, d. h. sein Ziel unbewußt verfolgenden Bewegungstrieb hat sich der Denktrieb abgezweigt und den Bewegungstrieb, in dessen Dienste er wirkt, „sehend“ gemacht, d. h. das Ziel und den Weg dahin ins Bewußtsein gehoben. Oder in *Ziehens* Ausdruckweise: aus dem automatischen Akt ist die Triebhandlung und weiterhin die intellektuelle Handlung entstanden. Daß in letzterer nicht nur Erinnerungsbilder im eigentlichen Sinne, sondern namentlich auch aus ihnen hervorgegangene Allgemeinvorstellungen, die die Erinnerungsbilder zusammenfassen und dadurch für künftige Fälle verwendbarer machen, ausschlaggebende Bedeutung gewinnen, ging aus der Rolle hervor, die der Vorstellung der Verwirklichung bei der Handlung zukommt. Solche Allgemeinvorstellungen, die zunächst noch sehr undeutlich sein mögen und erst viel später, wenn das Denken sich mehr vom Handeln loslöst und selbständiger auftritt, die Form klarer Begriffe annehmen können, erleichtern schon jetzt den Fortschritt des Denkens auf ein gegebenes Ziel hin dadurch, daß sie die vielen gleichartigen Erinnerungen, die in ihnen vereinigt sind, und deren besondere Züge für den vorliegenden Fall wichtig werden können, bereit zum Auftauchen halten und so den Umkreis der assoziativ mit der Zielvorstellung verbundenen Erinnerungen in zweckmäßiger Weise beschränken. So begünstigte die Beziehungsvorstellung der Örtlichkeit beim Suchen eines Gegenstandes oder die Beziehungsvorstellung der Ursächlichkeit beim Fragen, wie der gesuchte Gegenstand anderswohin geraten sein möge, das Auftauchen solcher Erinnerungen, die die Lücke zwischen Gegebenem und Gesuchtem ausfüllen konnten. Sie legten die Richtung des Denktriebes im großen und ganzen fest, die dann durch die im Anschluß hieran auftauchenden besonderen Erinnerungen im einzelnen bestimmt wurde. In gleicher Weise bestimmt die Beziehungsvorstellung der Verwirklichung einer Bewegung die Richtung des Triebes und unterscheidet sich von den andern nur dadurch, daß diese Richtung eben auf Bewegung und nicht auf weiteres Denken geht, daß sie also den Denktrieb, der sich vom Bewegungstrieb abgezweigt hatte, wieder in diesen zurücklenkt.

Nachdem wir so, vom dritten Beispiel der Triebhandlung ausgehend, die Entwicklung des Denkens und Handelns aus dem automatischen Akt verfolgt haben, erscheint es zweckmäßig, einige Ergebnisse, die dabei gewonnen sind, zusammenzustellen und etwas näher darauf einzugehen.

1. Das optische Erinnerungsbild einer Armbewegung wurde zum ersten Male verwirklicht, weil ihm von anderer Seite besonders starke Impulse zuflossen, vermutlich von den eigentlichen Bewegungsempfindungen

her bei Gelegenheit einer kräftigeren Bewegung. Die Energie, die das optische Erinnerungsbild hierdurch erlangte, traf zeitlich mit der eben vorausgegangenen energischen Einstellung auf die entsprechende Bewegung so nahe zusammen, daß eine Verbindung zwischen beiden entstand, die einige Zeit wirksam blieb und zur Wiederholung der Bewegung führte, die wiederum jene Verbindung enger und dauerhafter machte. Wurde die Energie des optischen Erinnerungsbildes von anderer Seite aus hervorgerufen, so floß sie auch dann, dieser Verbindung gemäß, jener Bewegung zu, und so konnte weiterhin die Bewegungsvorstellung auch bei geringerer Energie immer sicherer die Einstellung auf die ihr entsprechende Bewegung hervorrufen. Da aber umgekehrt diese Bewegung jedesmal auch die gleichen Empfindungen veranlaßte, mußten auch diese bei jeder Wiederholung sich erneuern und die Deutlichkeit des optischen Erinnerungsbildes steigern. Damit sich aber diese Erinnerungen von Armbewegungen als etwas Besonderes aus der Gesamtheit der optischen Bewegungserinnerungen herauslösten, dazu trug wesentlich das mit den optischen Bewegungsempfindungen gleichzeitige Auftreten der Armbewegungsempfindungen im engeren Sinne bei. So löst sich aus dem Chaos von optischen Bewegungsempfindungen durch Zusammentreffen mit Empfindungen anderer Art und durch assoziative Verbindung der entsprechenden Erinnerungen die Gesichtsvorstellung von Armbewegungen im allgemeinen und weiterhin das Gesichtsbild einer bestimmten Armbewegung deutlicher heraus. Vorher enthielt die Erinnerung nur undeutliche, nicht klar unterschiedene Bilder, die kaum den Namen Bilder verdienen und besser als undeutliche, verworrene Erinnerung bezeichnet werden. Die Schilderung vom ersten Sehen blindgeborener und später sehend Gewordener kann hier herangezogen werden, nur daß diese ganz anders vorbereitet an die Entwirrung des vor ihnen auftauchenden Chaos herantreten, weil sie aus andersartigen Empfindungen bereits deutliche Vorstellungen erworben haben und sie beim Zusammentreffen bekannter Empfindungen mit Veränderungen im Sehfelde zur Eingliederung des neuen Stoffes benutzen. Die Einordnung eines neuen, ungeordneten Stoffes in einen gegebenen festen Rahmen ist natürlich leichter als Ordnung ohne Anlehnung an Vorhandenes. In beiden Fällen wird aber eine Armbewegung zunächst nur ein ganz verschwommenes Bild hinterlassen, das erst durch Wiederholung allmählich deutlicher wird. Der zuerst ungeordnete, in scheinbar regellosen Bewegungen zutage tretende Bewegungstrieb bildet durch das zeitliche Zusammentreffen von Empfindungen verschiedener Art, das durch ihn hervorgerufen ist, immer deutlicher ein bestimmtes Erinnerungsbild und zugleich immer sicherer eine bestimmte, diesem entsprechende Bewegungseinstellung heraus. Beides geht Hand in Hand, denn die Bewegung trägt zur Deutlichkeit des Bildes und die Deutlichkeit des Bildes zur Sicherheit der kommenden Bewegung bei. Der zuerst ohne bewußtes Ziel wirkende Trieb schafft sich im Gesichtsbild ein bewußtes Ziel. Gehirnphysiologisch ausgedrückt: durch



rasch auf- und auseinander folgende Erregung wird eine Gruppe von motorischen (*m*) und eine andere von sensorischen (*o*) Hirnelementen gebildet und eine von *o* zu *m* leitende Verbindung beider herausgearbeitet, die um so genauer funktioniert, je mehr nicht nur die eine Gruppe mit der andern im ganzen, sondern auch die einzelnen Elemente der einen mit den einzelnen Elementen der andern verbunden sind, und die dadurch ausgezeichnet ist, daß beide Gruppen mit einer dritten, der den Armbewegungsempfindungen im engeren Sinne entsprechenden Gruppe, verbunden sind. Da die einzelnen Bewegungen, die eine größere räumliche Strecke durchlaufen, sich kaum je völlig gleichen werden, wird die Zuordnung auch bei häufiger Wiederholung sich nicht auf Einzelheiten erstrecken können, und dies noch weniger, wenn nicht die Bewegung selbst, sondern nur das Ziel der Bewegung beachtet wird, die Erregung in der sensorischen Gruppe sich also im wesentlichen auf die der Zielvorstellung entsprechende Sondergruppe o^1 beschränkt. Dafür wird die Erregung in dieser aber um so stärker sein. Die engere Zusammenfassung dieser Elemente zur Sondergruppe o^1 erfolgt nun dadurch, daß gleichzeitig mit ihrer Erregung die Erregung anderer sensorischer Elemente *t* stattfindet, die der Tastempfindung entspricht. So wird eine Verbindung zwischen *t*, o^1 und *m* hergestellt, die die Elemente o^1 fester zusammenschließt, dadurch o^1 aus *o* heraushebt und zugleich die Leitung von der Sondergruppe o^1 zu *m* ermöglicht.

Aus der undeutlichen Gesamterinnerung bildet sich also ein Erinnerungsbild dadurch, daß mit der einem Teile der Gesamterinnerung entsprechenden Empfindung gleichzeitig eine andere Empfindung auftaucht, die infolge dieser Gleichzeitigkeit ihre Impulse jenem Teil zusendet, dadurch dessen Energie erhöht, seinen Zusammenschluß enger und fester macht und so, wenn das häufiger geschieht, allmählich aus der Gesamterinnerung das Erinnerungsbild absondert. Dieser Vorgang wird durch die Intensität der Empfindung beschleunigt, da die intensivere Empfindung intensivere Impulse aussendet. Ich verweise auf das Beispiel der kräftigen Bewegung, die, wie ich S. 208 und S. 214 ausführte, zu ihrer Wiederholung und damit zur Heraushebung des optischen Bewegungsbildes führen konnte. Aber auch, ohne daß die hier mitwirkende Intensität ins Spiel kommt, sondern sich solche Erinnerungsbilder aus der Gesamterinnerung ab, deren Empfindungen mit andern Empfindungen häufig, und zwar regelmäßig, zusammentreffen. Verstehen wir, wie dies in der älteren Psychologie üblich war, unter Klarheit einer Vorstellung deren deutliche Abgrenzung gegen andere Vorstellungen, so werden diejenigen Erinnerungsbilder früher klar hervortreten, die durch häufiges und ausnahmloses zeitliches Zusammentreffen der ihnen entsprechenden Empfindungen mit bestimmten andern Empfindungen jene Absonderung erlangen. So werden Tast- und Gesichtsbilder einzelner naher Gegenstände, wie eines Spielzeugs oder der eigenen Beine, infolge des häufigen Zusammentreffens bestimmter Tast- und Gesichtsempfindungen sich besonders früh



herausbilden und ebenso die Vorstellung dieser Gegenstände entstehen infolge der gleichzeitig damit erworbenen engsten assoziativen Verwandtschaft zwischen jenen Gesichts- und Tastbildern; zugleich wird die Vorstellung dieser Gegenstände klarer als die anderer sein, weil bei ihrer Ausbildung die Gesichtsempfindung nicht nur von Tastempfindungen, sondern auch von der Gesichtsempfindung der tastenden Hand begleitet war.

Je klarer und zahlreicher die Erinnerungsbilder werden, um so mehr lichtet sich auch das ursprüngliche Dunkel der Gesamtempfindung, ihr Chaos wird dadurch, daß Vorstellungen mit Teilen von ihr zusammentreten und verschmelzen, mehr und mehr geordnet. Aus dem undeutlich daherfließenden Strome der Empfindung heben sich durch die Einwirkung der inzwischen entstandenen Erinnerungsbilder einzelne „Empfindungsbilder" heraus, d. h. klare, abgegrenzte Empfindungen. Wie aus der undeutlichen Erinnerung infolge gleichzeitiger Empfindungen erst dunkle und unklare, allmählich aber klarere Erinnerungsbilder entstanden, und zwar um so rascher, je intensiver die Empfindungen waren, so entstehen jetzt umgekehrt aus der undeutlichen Empfindung klare Empfindungen, indem Erinnerungsbilder, deren jedes aus früheren, ihm gleichen Empfindungen entstanden ist, in die Empfindung hineintreten, sich mit ihr zum Empfindungsbild vereinigen, und zwar geschieht in jedem einzelnen Falle diese Vereinigung um so rascher und wird die Klarheit des Empfindungsbildes um so früher erreicht, je größere Energie die Erinnerungsbilder beim Auftreten der Empfindung besaßen. Am schnellsten gelangt daher zur Klarheit die erwartete Empfindung.

Wir sehen also Folgendes: Der automatische Akt bringt einen durch Vorstellungen noch nicht geordneten, dunklen Empfindungsablauf mit sich und schafft durch zeitliches Zusammentreffen verschiedener noch nicht voneinander getrennter, unklarer Empfindungen, die sich gegenseitig Antriebe — oder deren gehirnphysiologische Korrelate sich gegenseitig Erregungen — zusenden, Erinnerungsbilder, die nun ihrerseits die bisher unklare Empfindung zu Empfindungsbildern und die automatische Bewegung zur Handlung ausgestalten und so zwischen Empfindung und Bewegung eine neue, verwickeltere, aber auch mannigfaltigeren Zielen, die in Zielvorstellungen bewußt werden, angepaßte Ordnung hervorbringen. Diese Ordnung wird hergestellt und aufrechterhalten durch Antriebe, die sowohl von der Empfindung wie von den Erinnerungsbildern ausgehen und in diesen sich zur Energie der Vorstellung vereinigen. Die Bezeichnung „Impuls" umfaßt nach *Ziehen* aber nur die Antriebe, die von den Erinnerungsbildern ausgehen, schließt dagegen die ihnen wesensgleichen und deshalb doch wohl auch die gleiche Bezeichnung verdienenden Antriebe von sich aus, die von der Empfindung ausgehen, und deren gehirnphysiologische Korrelate, die Nervenerregungen, vor dem Entstehen der Erinnerungsbilder unmittelbar zur Bewegung und später mit dieser zum Ent-



stehen von Erinnerungsbildern führten. *Ziehen* kennt zwar auch einen assoziativen Impuls (oder ein assoziatives Moment) der Empfindung, versteht aber darunter (S. 209) „die Gesamtheit aller Faktoren, welche entscheiden, ob eine Empfindung Gegenstand der Aufmerksamkeit wird und die Ideenassoziation bestimmt", so daß der assoziative Impuls einer Empfindung „von der Intensität, der Übereinstimmung mit dem latenten Erinnerungsbild, der Stärke des begleitenden Gefühlstones und viertens von der zufälligen Konstellation der Vorstellungen abhängig ist". Dieser Impuls der Empfindung bezeichnet also etwas ganz anderes als der Impuls, der von einem Erinnerungsbilde zum andern geht und sich in diesem mit andern Impulsen zur Energie der Vorstellung vereinigt. Es erscheint daher zweckmäßiger, auch die von der Empfindung ausgehenden und den aus der Energie der Vorstellung stammenden Impulsen wesensgleichen Antriebe als Impulse zu bezeichnen, zumal dann auch der Zusammenhang klarer heraustritt, der entwicklungsgeschichtlich zwischen der unklaren Empfindung beim automatischen Akt und den klaren Empfindungen und Erinnerungsbildern bei der Handlung sich herausstellt.

2. Aus dem bloßen Suchen im Raum entwickelte sich ein geistiges Suchen in der Erinnerung, indem die Energie der Zielvorstellung in ihrem Fortgang zur Einstellung auf Bewegungen durch die Vorstellung der Nutzlosigkeit oder der zu großen Anstrengung des bloßen Suchens gehemmt wurde. Wie können wir uns diese Hemmung verständlich machen? Werden Bewegungen oder Handlungen dauernd wiederholt, so erfolgt allmählich eine Erschöpfung der hauptsächlich in Anspruch genommenen Muskeln, die die Bewegung oder Handlung zunächst unregelmäßig und schließlich unmöglich macht. Um die gewollten Bewegungen, solange sie noch möglich sind, hervorzurufen, muß die Energie der Vorstellung der Verwirklichung sich immer mehr steigern und reicht gewöhnlich schon nicht mehr aus, wenn der Muskel selbst auf stärkere Reize noch anspruchfähig wäre, ganz abgesehen davon, daß durch die raschere Ermüdung der vorzugweise angestrengten Muskeln schon vorher die Koordination leidet, die Gleichheit des Zukunftbildes und der durch die Bewegung hervorgerufenen Empfindung also gestört wird. Es bleibt demnach die Verwirklichung der Zielvorstellung aus, die erwartete Bewegung erfolgt nicht oder doch nicht so, wie sie erwartet wurde; statt der Vorstellung der Verwirklichung tritt die Vorstellung ihrer Unmöglichkeit ein. Inzwischen haben sich aber Ermüdungsempfindungen eingestellt, während die Zielvorstellung ihre Impulse zunächst weiter an die Verwirklichungsvorstellung abgab; diese Ermüdungsempfindungen wurden immer stärker, und die Ermüdungsvorstellung, die sie hinterließen, erlangte durch sie eine immer größere Energie. Infolge hiervon werden Vorstellungen angeregt, die sowohl mit der Vorstellung der Ermüdung wie der der Verwirklichung in assoziativer Verbindung stehen, wie etwa die Vorstellung der Körperteile, die zur Verwirklichung beitragen und von denen zugleich die Ermüdungsempfindungen

ausgehen. Ihnen wendet sich daher die Aufmerksamkeit zu. Je stärker die Ermüdungsvorstellung anwächst, um so mehr lenkt sie demnach die Impulse, die die Verwirklichungsvorstellung bisher zur Bewegungseinstellung sandte, auf die auch mit ihr in assoziativer Verbindung stehenden Vorstellungen ab, bewirkt also eine Richtungsänderung des Triebes, an Stelle der Bewegung Ideenassoziation, und hemmt so die Bewegung. Auch von dieser Seite entsteht also die Vorstellung der Unmöglichkeit der Bewegung oder der Nutzlosigkeit der Bemühung oder der zu großen Anstrengung, oder, wie man sie sonst entsprechend der Stärke der Ermüdungsempfindungen bezeichnen mag. Treten nun bei einer Wiederholung des Vorgangs die Ermüdungsempfindungen von neuem auf, so wird hierdurch die Vorstellung der Nutzlosigkeit der Bemühung schon früher ins Bewußtsein gerufen und entzieht der Einstellung auf die Bewegung einen Teil der Impulse, die ihr sonst zugeflossen wären, schwächt sie also und hemmt die Bewegung früher, als sie ohne diese Ablenkung der Energie aufgehört hätte. Und wie die Vorstellung der Verwirklichung allmählich an die Stelle der Empfindungen trat, die unmittelbar zur Bewegung führten, so treten die Vorstellungen der Nutzlosigkeit der Bemühung oder der zu großen Anstrengung allmählich an die Stelle der Ermüdungsempfindungen und weiter an die Stelle der Muskelerschöpfung, deren Folge die Ermüdungsempfindungen sind. Das heißt, die Vorstellung der Nutzlosigkeit oder der zu großen Bemühung wird, von anderer Seite her in genügender Stärke ins Bewußtsein gehoben, mit Hilfe geringerer Ermüdungsempfindungen und schließlich auch ohne sie in der angegebenen Weise den Bewegungstrieb ablenken und die Verwirklichung hemmen.

Immerhin werden diese Verbindungen für gewöhnlich verhältnismäßig schwach sein und nur wirksam werden, wenn stärkere Ermüdungsempfindungen auftauchen, weil die gewollten Bewegungen meist ausgeführt und selten so lange wiederholt werden, bis Muskelerschöpfung und stärkere Ermüdungsempfindungen auftreten, so daß die Richtung des Energieabflusses über die Verwirklichungsvorstellung zur Bewegung im allgemeinen gewahrt bleibt. Anders wird dies nur, wenn längere Zeit hindurch immer wieder der Energieabfluß in seiner ursprünglichen Richtung durch die Empfindung oder Vorstellung der Ermüdung gehemmt wurde. Denn die Vorstellungen der Nutzlosigkeit u. dgl. sind, je häufiger und je rascher hintereinander jene Hemmung stattgefunden hat, um so näher auch der Vorstellung der zu verwirklichenden Bewegung assoziativ verbunden, um so leichter werden also auch Impulse von dieser zu ihnen statt zur Einstellung auf die Bewegung abfließen und sie ins Bewußtsein rufen, schon ehe Ermüdungsempfindungen auftreten, und ehe von anderer Seite her ein Impuls auf sie ausgeübt wird. Desto schwächer muß aber auch die Bewegung ausfallen, da ihr nicht mehr die volle Energie der Zielvorstellung über die Vorstellung der Verwirklichung hin zuströmt, d. h. desto schwerer wird es trotz gleicher Richtung des Wollens zur Handlung kommen: die



Vorstellung der Nutzlosigkeit oder der zu großen Anstrengung hemmt dann die Stärke des Wollens, indem die Erwartung des Erfolges, der Glaube an die Durchführung durch die Vorstellung der Nutzlosigkeit aufgehoben oder durch die Vorstellung der zu großen Anstrengung schwankend wird. Solche ideogenen Erschwerungen der Bewegungen sind gar nicht so selten. So sehen wir nach Zuständen nervöser Erschöpfung die Erschwerung gewollter Bewegungen infolge der vorherrschenden Vorstellungen der Ermüdung und der zu großen Anstrengung oft viel länger und stärker andauern, als es dem jeweiligen Grade der Erschöpfung angemessen wäre.

Aber nicht nur vom Versagen der Bewegung infolge von Erschöpfung und von den Ermüdungsempfindungen aus wird die Vorstellung der Nutzlosigkeit der Bemühung gebildet, sondern auch von allen den Vorstellungen aus, die aus Erlebnissen anderer ergebnisloser Bemühungen sich im Gedächtnis niedergeschlagen haben, also aller äußeren und inneren Vorgänge, die eine Bewegung oder Handlung verhindert haben. Wir werden solche sogleich in der Sperrung, zumal bei Schreck, kennen lernen. Aus der Schrecksperrung kann sich also leicht durch Vermittlung der Vorstellung der Nutzlosigkeit der Bemühung allmählich eine Hemmung herausbilden. So werden die psychogenen Lähmungen verständlich, aber auch umgekehrt die Lösung solcher Hemmungen, wenn doch ein Erfolg erzielt oder vorgetäuscht wurde, da hierdurch die Verbindung zwischen Verwirklichungsvorstellung und Einstellung auf die Bewegung, die infolge der auf die Zielvorstellung nicht regelmäßig erfolgten Ausführung gelockert war, wieder straffer angezogen und der Energie der Zielvorstellung der Abfluß zur Bewegung erleichtert wird. Und wie die psychogene Lähmung, so wird die Entstehung der Hypnose von hier aus klarer. Die Bemühungen des Hypnotiseurs gehen ja, so vielgestaltig sie auch sind, darauf aus, die Vorstellung der Ermüdung zu wecken, mag dies durch Worte oder unmittelbar durch Erregung von Ermüdungsempfindungen, wie beim *Braid*schen Verfahren, geschehen. Dazu kommt hier noch, daß der freie Gedankenablauf durch die Einengung der Aufmerksamkeit und deren unmittelbare oder mittelbare Richtung auf Ermüdungsempfindungen verhindert und damit künstlich eine Leere des Bewußtseins geschaffen wird, so daß die Vorstellung der Nutzlosigkeit aller Bemühungen und der Unfähigkeit zu allem Widerstreben auch auf geistigem Gebiete begünstigt wird. So tritt eine Hemmung des selbständigen Denkens und Handelns ein, während die Vorstellung der Abhängigkeit von dem, der diesen Zustand hervorgerufen, durch die Worte des Hypnotiseurs, auch wenn sie nicht unmittelbar darauf hinzielen, allein durch den Eindruck ihrer Wirkung genährt wird. Bei der Hypnose der Tiere, z. B. der Fische und Krebse, führt anscheinend das Festhalten in einer bestimmten Stellung mit sanfter Gewalt, die starke und schmerzhafte, zur Bewegung aufrüttelnde Empfindungen ausschließt, die undeutliche Vorstellung, daß Flucht und Widerstand unmöglich ist, und damit die Hemmung der Bewegungen herbei. Wie sehr dabei jeder stärkere Druck,





der den Fluchttrieb wecken könnte, der Erzielung der Hypnose entgegenwirkt, wird bei solchen Versuchen rasch offenbar und spricht gegen die Auffassung, daß die Hypnose der Tiere auf Schreckwirkung zurückzuführen wäre.

Dies leitet zu einer andern Art über, wie der Bewegungstrieb seiner Wirkung beraubt werden kann, indem nämlich sein Gegentrieb geweckt wird. Je nach der Richtung sind zwei Arten von Bewegungstrieben zu unterscheiden, die sich im Hinstreben und Zurückstreben äußern und unter besonderen Umständen zum Angriffs- und Fluchttrieb steigern. Der Reiz, der ursprünglich das Hinstreben in ein Zurückstreben und den Angriffstrieb in den Fluchttrieb umschlagen läßt, ist der intensive Reiz, der als Schmerzempfindung zum Bewußtsein kommt, und die Vorstellung, zu welcher allmählich derartige Erlebnisse führen, ist die der Gefahr. Solange und sofern die Umwandlung der Triebrichtung automatisch sich vollzieht, wird der Schmerz gleichzeitig mit ihr gefühlt: das Zurückziehen des verbrannten Fingers oder die Flucht erfolgt, ohne daß das Gefühl an der Umstellung der Bewegung beteiligt ist. Später wird dann auch diese Umwandlung der Triebrichtung zur Handlung, indem Vorstellungen sich einschieben und die Impulse, die die Umwandlung bewirken, den Umweg über die Vorstellungen nehmen. Nun treten aber beim Hin- und Zurückstreben nicht verschiedene, sondern die gleichen Nerven und Muskeln in Tätigkeit, und die Richtung der Bewegung wird nur durch die verschiedene Verteilung der Innervationsstärke in ihnen hervorgebracht. Vollzieht sich daher die Umstellung der Bewegung nicht so glatt, sondern halten sich die in der einen und die in der andern Richtung wirkenden Impulse die Wage, wie bei heftigem Schreck oder bei gleicher Energie der für das Hinstreben und Zurückstreben maßgebenden Vorstellung, so werden die Nerven und Muskeln doppelt, aber mit Aufhebung einseitiger Wirkung, innerviert, und statt der Bewegung erfolgt eine Anspannung, die jede Bewegung verhindert. Hier handelt es sich nicht um eine Hemmung im gewöhnlichen Sinne, sondern um eine Sperrung: der Trieb wird nicht vor Eintritt der Bewegung durch eine hemmende Vorstellung abgelenkt, sondern setzt sich bis zur Bewegung fort und wird erst hier durch den absperrenden Gegentrieb aufgehalten.

Auch äußere Gewalt oder Erkrankung kann die Bewegung verhindern und die Vorstellung ihrer Unmöglichkeit, der zu großen Anstrengung oder des zu großen Schmerzes herbeiführen, die dann die Energie der Vorstellung der Verwirklichung auf sich ablenkt, so daß die Einstellung auf die Bewegung nicht mehr genügende Impulse erhält. Dies wird um so leichter geschehen, je geringer die Energie der Zielvorstellung ist Wird die Energie der Zielvorstellung aber von anderer Seite groß genug erhalten, so wird in der oben geschilderten Weise ein „geistiges Suchen", ein Überlegen eintreten, wie die Hindernisse entfernt und das Ziel zu erreichen sei, oder ob bei bloßem Abwarten das Hindernis verschwinden werde. Der Vorstellung



der jetzigen, die Verwirklichung hindernden Lage stellt sich die Vorstellung der künftigen, die Verwirklichung gestattenden Lage gegenüber, und damit ist die Vorstellung der Verwirklichung in eine künftige und eine jetzige gesondert. Dieser schon (S. 206) erwähnte Unterschied wurde später bei näherer Ausführung der Rolle, die die Vorstellung der Verwirklichung bei der Handlung spielt, beiseite gelassen, um die Verhältnisse nicht noch mehr zu verwickeln, und dies konnte unbedenklich geschehen, weil ja erst durch innere und äußere Hindernisse diese Verwicklung entstand. Bis dahin genügte der Übergang der Energie des Zukunftbildes oder — allgemeiner gesagt — der Zielvorstellung auf die Vorstellung ihrer Verwirklichung, um die entsprechende Bewegung herbeizuführen, jetzt kann die Vorstellung eines Hindernisses die Bewegung hemmen und zur Überlegung führen. Ist die Energie der Vorstellung der Verwirklichung gering, so vermag schon eine mit geringer Energie und deshalb undeutlich ins Bewußtsein tretende hemmende Vorstellung die Bewegung zu hindern. Umgekehrt wird vielleicht die Vorstellung, daß künftig die Ausführung schwieriger sei, verbunden mit der der Wichtigkeit der Ausführung, die hemmende Vorstellung, auch wenn sie zunächst stärker hervortrat, wieder zurücktreten lassen und damit für die Verwirklichung die Bahn freimachen.

Die in der Ideenassoziation wirksame Energie der Vorstellung erklärt die Hemmung, dagegen weder die Ausführung der Bewegung noch die Sperrung. Dagegen leistet dies der Trieb, der nicht nur die Ideenassoziation, sondern auch die Einstellung auf die Bewegung umfaßt und zugleich die automatische Bewegung in entwicklungsgeschichtlichen Zusammenhang mit Vorstellung und Ideenassoziation bringt, die beide sich aus den die automatische Bewegung begleitenden undeutlichen Empfindungen herausbilden. Auch die Erwägung, daß die gehirnphysiologischen Vorgänge dieselben sind, ob sie nun zwischen den übrigen Teilen der Hirnrinde mit Ausschluß des motorischen Teiles oder zwischen jenen und diesem sich abspielen, könnte dafür sprechen, den engeren Begriff der Ideenassoziation mit dem weiteren des Triebes zu vertauschen. Er ist ebenso wie die Ideenassoziation ein Hilfsbegriff, und wenn *Ziehen* (S. 18) sagt: „Streng genommen motorische Elemente existieren in unserem psychischen Leben nicht, alles ist entweder Empfindung oder Erinnerungsbild, ein drittes existiert nicht, Sie müßten denn die mit jenen arbeitende Ideenassoziation als Drittes rechnen", so läßt sich dies ebenso auf den mit jenen arbeitenden Trieb anwenden. Wie der Trieb die Impulse umfaßt, die von der Empfindung ausgehen, so schließt er auch die Impulse in sich, die in der Einstellung auf die Bewegung wirksam sind, ergänzt also die Ideenassoziation nach beiden Richtungen.

3. Das geistige „Suchen in der Erinnerung" entwickelte sich aus dem „bloßen" Suchen im Raum, indem die Energie der Zielvorstellung, in ihrem Fortgang zur Bewegung gehemmt, die Richtung auf andere, mit ihr durch die Beziehungsvorstellung des räumlichen Zusammenhangs

assoziativ verbundene Erinnerungsbilder nahm. Schon am bloßen Suchen hatten die räumlichen Vorstellungen, nur mit Empfindungen verschmolzen, wesentlichen Anteil, da sie die Form der Bewegung bestimmten. Jetzt treten die Empfindungen aus dem Bewußtsein zurück, die Raumvorstellungen bleiben, und in ihren Zusammenhang reihen sich statt der Empfindungen Erinnerungsbilder. Die Aufmerksamkeit richtet sich auch weiterhin auf die Zielvorstellung, die sich aber nunmehr nicht in einer Empfindung verwirklichen, sondern ihren räumlichen Zusammenhang mit andern Gegenständen in der Erinnerung klären soll. Die Zielvorstellung behält also ihre Energie, nur wird die Richtung, in der diese wirkt, nicht von Empfindungen bestimmt, sondern sie selbst ruft die ihr assoziativ verbundenen, und zwar durch die Beziehungen der Räumlichkeit verbundenen, Erinnerungsbilder herauf. Ihre Energie fließt nicht über die Vorstellung der Verwirklichung in die Einstellung auf Bewegungen ab, denn die Vorstellung der Verwirklichung ist ausgeschaltet, da stärkere Ermüdungsempfindungen die von der Zielvorstellung ausgehenden Impulse in die Richtung zur Vorstellung der Nutzlosigkeit abgelenkt haben; strömt ihr also aus den gleichen Vorstellungen, die vorher zum Suchen im Raume führten, weitere Energie zu, so muß diese, da die Ermüdungsempfindungen und damit die Vorstellung der Nutzlosigkeit rasch abebbt und dann nicht mehr richtunggebend wirkt, sich in andere Richtungen verteilen, und so werden Erinnerungen, mit denen die Zielvorstellung durch die noch im Vordergrunde des Bewußtseins stehenden räumlichen Beziehungsvorstellungen assoziativ verbunden ist, ins Bewußtsein gehoben. Haben diese genügende Energie angesammelt, so treffen die von ihnen und die von der Zielvorstellung ausgehenden Impulse in den zwischen ihnen vermittelnden räumlichen Beziehungsvorstellungen zusammen und begünstigen so die Klärung des räumlichen Zusammenhangs.

Tritt der räumliche Zusammenhang des gesuchten Gegenstandes mit andern Gegenständen, deren Ort bekannt ist, deutlich ins Bewußtsein, ist die Zielvorstellung also örtlich bestimmt, so kann sie die ihr weiter zuströmende Energie in die ihr entsprechende, nun eindeutig gegebene Einstellung zur Bewegung und zugleich in die Vorstellung der Verwirklichung weiterleiten, da neue Ermüdungsempfindungen seit dem Aufhören der Bewegung nicht aufgetreten waren, die Vorstellung der Nutzlosigkeit daher ihre Energie eingebüßt hat, und die Erwartung des Erfolges, von der deutlichen Ortsvorstellung des gesuchten Gegenstandes geweckt, in früherer Weise wirkt.

Wir nehmen dann weiter an, der gesuchte Gegenstand befinde sich nicht an dem Orte, den er nach der nun deutlichen Erinnerung einnehmen sollte. Die Erinnerung an andere Gegenstände, die auch ihren Ort verändert haben, taucht dann auf, d. h. neben dem örtlichen macht sich der zeitliche Zusammenhang geltend, und in diesen bringt nun die aus einer Reihe von Erlebnissen abgeleitete Beziehungsvorstellung der Ursächlichkeit



die Ordnung hinein, die dem weiteren Denken die Richtung gibt. Diese Richtung weist auf Erlebnisse, die einen Ortswechsel des gesuchten Gegenstandes oder ähnlicher Gegenstände in sich schließen und weiterhin auf die Ursachen, die in den einzelnen Fällen den Ortswechsel veranlaßt haben. Der Vorgang ist dem vorherigen gleichartig. Zunächst ist die Richtung, in der die Energie der Zielvorstellung wirkt, durch eine Beziehungsvorstellung, dort Örtlichkeit, hier Ursächlichkeit, bestimmt. Sind so Erinnerungen ins Bewußtsein gerufen, so bewirken die von ihnen und die von der Zielvorstellung ausgehenden Impulse, die in den zwischen beiden vermittelnden Vorstellungen der Örtlichkeit oder der Ursächlichkeit zusammentreffen, die Verdeutlichung dieser Beziehungen innerhalb der einzelnen Erinnerungen und dann den Zusammenschluß derselben mit der Zielvorstellung, nur daß dieser Zusammenschluß im zweiten Falle in der Übertragung der gefundenen Ursachen auf das Verschwinden des gesuchten Gegenstandes besteht. Aber außer durch die Art der Beziehungsvorstellungen wird die Richtung des Denkens auch durch die Art der Vorstellungen bestimmt, die zueinander in Beziehung gesetzt werden: dort waren es Gegenstände, hier Erlebnisse eines Ortswechsels, die von der Vorstellung eines, nämlich des gesuchten, Gegenstandes oder von dem Erlebnis seines Verschwindens aus ins Bewußtsein gerufen wurden. War dies geschehen, dann wurde rückwärts an der Hand der gleichen Beziehungsvorstellungen der Zusammenhang der in der Erinnerung aufgetauchten Gegenstände oder Erlebnisse mit der ursprünglichen Zielvorstellung ins Bewußtsein gehoben.

Ich habe hier die Richtung des Denkens besonders betont, weil sie in der Assoziationspsychologie meist wenig beachtet wird, während die Einführung des Triebes sogleich auf sie aufmerksam macht. Ihre Bedeutung tritt sowohl bei der Aufsuchung des Erinnerungsstoffes wie bei dessen Klärung und Zusammenfassung hervor. Zugleich aber führt die Betonung der Richtung darauf, daß die *Ziehen*sche Auffassung der Vorstellung reichlich schematisch ist und den wirklichen Vorgängen nicht gerecht wird.

Ziehen geht von bestimmt abgegrenzten Empfindungen und ihren ebenso bestimmt abgegrenzten Erinnerungsbildern aus; die letzteren folgen aufeinander, schließen sich zu zusammengesetzten Vorstellungen zusammen, verschmelzen zu allgemeinen Vorstellungen usw. Wie aber die Vorstellungen zeitlich beim Denken nicht im strengen Sinne aufeinander folgen, sondern ineinander übergehen, so schwebt auch dieselbe Vorstellung mir in stets wechselnder Zusammensetzung vor, und nur die Sprache, die gewissermaßen eine Anweisung auf den Inhalt der Vorstellung gibt, und die Beziehung der Vorstellung auf ihre Grundempfindung, die, wenn sie sich wiederholt, die Bestimmtheit des Inhalts vorübergehend ermöglicht, täuschen eine feste Begrenzung der Vorstellung vor. Selbst die Gesichtsvorstellung eines einzelnen Gegenstandes ist nicht fest abgegrenzt; ich habe den Gegenstand in verschiedener Lage, in verschiedener Entfernung



gesehen, und zwar ist diese Mannigfaltigkeit im allgemeinen um so größer, je deutlicher ich mich des Gegenstandes erinnere; die Vorstellung umfaßt die verschiedenen Gesichtsbilder und hebt bald das eine, bald das andere deutlicher hervor. Aber auch, wenn aus einmaliger Anschauung eine neue Vorstellung gebildet ist, wenn ich etwa ein mir bisher unbekanntes Sternbild mir habe zeigen lassen und nachher ins Gedächtnis einzuprägen suche, so schwankt die Vorstellung; die Größe des Gestirnes, das Verhältnis der Entfernung und der Helligkeit der einzelnen Sterne verändert sich, so daß wohl ein einigermaßen bestimmter Kern sich immer wieder herstellt, aber auch er nicht in jedem Augenblick vorhanden oder gar fest umrissen ist und sich bald im ganzen, bald hier und dort verengert oder erweitert. Wenn ich dann den Gegenstand wieder betrachte, um hierdurch die feste Begrenzung wiederherzustellen, so erblicke ich ihn in einer Umgebung, die sich der Erinnerung an den Gegenstand beimischt. Die Erinnerung an diese Umgebung, der „die räumliche Bestimmung der Individualvorstellung" eingeordnet ist, schwankt ebenso in ihrer Ausdehnung. Wir haben also im Grunde nicht eine, sondern viele Vorstellungen, die wir auf den gleichen Gegenstand beziehen und die aufeinander folgen, wenn wir an den Gegenstand denken und ihn uns verdeutlichen wollen, wir fassen diese vielen Vorstellungen aber in eine einzige zusammen, indem wir ihre gemeinsame Grundempfindung im Auge haben, und sprechen dann vom Schwanken der Vorstellung.

Dieses Schwanken kann nun, wenn wir uns an *Ziehens* Bezeichnungen halten, nicht etwa auf die wechselnde Deutlichkeit der Vorstellung zurückgeführt werden, denn „die Deutlichkeit ist eine Eigenschaft der Vorstellungen, die ihnen nur im Vergleich mit ihren Ursprungsempfindungen zukommt" (S. 154), jene Schwankungen erfolgen aber nicht so, daß jede der vielen Vorstellungen des einen Gegenstandes durch den Grad ihrer Ähnlichkeit mit der Ursprungsempfindung bestimmt und hierdurch von allen andern verschieden wäre, sondern der Inhalt der Vorstellung wechselt ganz unabhängig vom Grade dieser Ähnlichkeit, d. h. es treten beständig neue Teilvorstellungen auf, die zu immer neuen, zusammengesetzten Vorstellungen verschmelzen.

Diese Vorstellungen, wie sie tatsächlich in unserem Bewußtsein sich darstellen, sind aber nicht die Vorstellungen, die *Ziehen* beschreibt. Ihm sind die Vorstellungen verhältnismäßig feste Gebilde, deren Inhalt und deren Deutlichkeit mit der Zeit abnimmt, aber nicht wechselt. Das heißt, er versteht unter Vorstellung nicht das, was mir im Augenblick vorschwebt, sondern das, was bei größter Energie der Vorstellung daraus entstehen kann, und zwar häufig nicht einmal gleichzeitig sich zusammenfinden, sondern nur nach und nach entstehen kann. So sagt er, um zu zeigen, daß alle Eigenschaften der Grundempfindung — also Qualität, Intensität, zeitliche und räumliche Eigenschaften und Gefühlston — in den Inhalt der Vorstellung übergehen (S. 155): „Ihre Vorstellung einer Symphonie,



welche Sie z. B. gestern gehört haben, enthält nicht nur zahlreiche Tonqualitäten, sondern auch alle Tonintensitäten, die Pianos und Fortes, und alle Gefühlstöne, welche die Wohlklänge und Mißklänge begleiten, und endlich auch die zeitlichen Eigenschaften, von der Dauer des einzelnen Tones bis zu der Dauer der ganzen Symphonie, mit größerer oder geringerer Schärfe. Wählen Sie statt des Erinnerungsbildes einer Symphonie das Erinnerungsbild einer Landschaft, so tritt in den Inhalt des letzteren auch die Gesamtheit der räumlichen Eigenschaften ein." Und ferner (S. 156): „Die Schärfe der Vorstellungen" — Schärfe und Deutlichkeit der Vorstellungen sind ihm dasselbe — „hängt zunächst von der Intensität der zugrunde liegenden Empfindung ab: das intensive Leuchten des Blitzes wird im allgemeinen ein deutlicheres Erinnerungsbild hinterlassen als ein mattes Wetterleuchten. Aber andere Faktoren sind ebenso wichtig für die Schärfe des Erinnerungsbildes: so namentlich auch hier wieder die Dauer und die Häufigkeit, in welcher der zugrunde liegende Empfindungskomplex aufgetreten ist. Habe ich einen bestimmten Menschen lange und oft gesehen, so ist die latente materielle Spur dieses Empfindungskomplexes den Elementen der Hirnrinde fester eingeprägt, d. h. ich kann mir treuer und schärfer die Vorstellung dieses Menschen ins Gedächtnis zurückrufen." Also nicht, was ich mir jetzt vorstelle, sondern was ich mir ins Gedächtnis zurückrufen, was ich mir vorstellen k a n n, macht die Vorstellung aus, und dadurch ist dann allerdings ein bestimmter Inhalt und somit eine feste Begrenzung gegeben. *Ziehen* nennt also Schärfe oder Deutlichkeit einer Vorstellung nicht das, was sie in diesem oder jenem Augenblick hat, sondern was sie unter günstigen Umständen erlangen kann, daneben aber auch das, was man sonst unter Richtigkeit oder Wirklichkeitswert einer Vorstellung versteht. Deutlichkeit in jenem Sinne und Richtigkeit werden nun häufig zusammenstimmen, und *Ziehen* hat ferner recht, wenn er seinem Schema entsprechend ausführt: „Wir müssen uns .. die materielle Spur R_l, welche wir unter Vorbehalt als latentes Erinnerungsbild bezeichneten, in letzter Linie als eine bestimmte räumliche Anordnung in bestimmter Weise zusammengesetzter Moleküle denken. Diese Anordnung ist nun anfangs eine sehr labile und lose: erst wenn dieselbe Empfindung sehr häufig aufgetreten ist, wird die von ihr geschaffene und hinterlassene Anordnung der Moleküle eine sehr feste, und erst wenn die Ganglienzelle in dieser Weise eine sehr bestimmte und fixierte Disposition ihrer Moleküle erlangt hat, ist die Vorstellung, welche durch die Ideenassoziation aus dieser Disposition emporgeweckt wird, eine deutliche" (S. 156). Eine gleich bestimmte und fixierte Disposition der Hirnelemente kann aber auch zustande kommen, ohne daß dieselbe häufig eintretende Empfindung die Anordnung der Moleküle geschaffen und hinterlassen hat; die ihr entsprechende Erinnerung mag durch ähnliche Empfindungen oder Erinnerungen häufig geweckt worden sein und dadurch ihr ursprünglich fremde Teile dieser in sich aufgenommen haben. Sie kann dann nach

gewöhnlicher Bezeichnung recht deutlich auftreten, ist aber unrichtig und also nach *Ziehen* nur scheinbar deutlich. Phantasievorstellungen könnten überhaupt als Ganzes nie scharf oder deutlich auftreten, sondern nur ihre einzelnen Teile, soweit sie nämlich bestimmten Empfindungen entsprechen, und doch glaube ich kaum, daß *Ziehen* einem Künstler, der seine Phantasiegebilde in Tönen oder Farben ausgestaltet, unter allen Umständen Deutlichkeit und Schärfe dieser Vorstellungen — diese auch als Ganzes genommen — absprechen wollte. Ich kann auch den etwaigen Einwand nicht gelten lassen, daß er das, was ich hier Deutlichkeit oder Schärfe der Vorstellung nenne, als Lebhaftigkeit derselben bezeichne (S. 157). Denn die Phantasievorstellung, die ein Künstler von einem künftigen Werke in sich trägt, kann sehr wohl aus seinem Bewußtsein schwinden oder nur undeutlich in ihm vorhanden sein, ohne daß jene bestimmte und feste Disposition der Gehirnelemente, die die Bedingung zum Wiederauftauchen der gleichen Vorstellung bildet, im geringsten gelockert wird. Deutlich in dem Sinne, in dem auch von der Deutlichkeit einer ruhenden oder latenten Vorstellung die Rede sein kann, wäre dann auch die jener festen Disposition der Gehirnelemente entsprechende Phantasievorstellung; trotzdem wäre sie nicht deutlich im Sinne *Ziehens*, weil ihr die Gleichheit mit einer vorhergehenden Empfindung fehlt.

Gewiß ist *Ziehen* berechtigt, die Schärfe oder Deutlichkeit der Vorstellungen auf die Übereinstimmung mit Empfindungen zu beschränken. Er verfährt auch durchaus folgerichtig, wenn er weiterhin die Deutlichkeit der Vorstellung bei der Hauptform der Ideenassoziation, der Gleichzeitigkeitsassoziation, eine geringe Rolle spielen läßt, dagegen in ihr das beherrschende Moment der Ähnlichkeitsassoziation und daher namentlich des Wiedererkennens sieht (S. 185) und ihre Beteiligung an der Aufmerksamkeit auf Empfindungen hervorhebt (S. 205—206). Allerdings könnte ihn dabei stören, daß der gleiche Unterschied, den er an der Deutlichkeit der Vorstellung einer Rhododendronblüte bei verschiedenen Personen und bei derselben Person zu verschiedener Zeit erläutert (S. 153), sich auch bei Phantasie- und bei andern Vorstellungen findet, die nicht unmittelbar auf Empfindungen zurückgehen, daß auch diese bei gleicher Wortbezeichnung individuell sehr verschieden scharf sind, und daß sie allmählich verblassen oder undeutlich werden, falls sie nicht von Zeit zu Zeit lebhaft ins Bewußtsein zurückgerufen werden. Eine andere Frage ist aber, ob die Beschränkung der Deutlichkeit auf diese Beziehung der Vorstellungen zu ihren Grundempfindungen zweckmäßig erscheint. *Ziehen* unterscheidet an der Vorstellung vier Eigenschaften: Inhalt oder Bedeutung, Deutlichkeit oder Schärfe, Gefühlston und Energie. Während nun die übrigen drei Eigenschaften der Vorstellung selbst angehören und nur ihre dauernde oder augenblickliche Eigenart gegenüber andern Vorstellungen ausdrücken, stellt die Deutlichkeit eine Beziehung auf etwas anderes, nämlich auf die vorausgehende Empfindung, dar und enthält



daher etwas, was nicht der Vorstellung selbst angehört. Ganz anders läge die Sache, wenn Deutlichkeit ohne weiteres die Eigenschaft der Vorstellung bezeichnete, deren Änderung sich im allmählichen Vergessen ausspricht. „Dieses allmähliche Vergessen ist durchaus nicht etwa nur eine Intensitätsabnahme, sondern zugleich mit dieser stellt sich stets auch eine eigentümliche qualitative oder inhaltliche Veränderung ein, die kaum zu beschreiben ist und von uns meist als das Verblassen des Erinnerungsbildes bezeichnet wird: identisch ist dieselbe mit dem, was wir als Verlust der Deutlichkeit oder Schärfe bezeichnen" (S. 154). Dann wäre die Deutlichkeit auf die bestimmt abgegrenzte Vorstellung beschränkt und entspräche ohne Rücksicht auf etwas ihr nicht Angehöriges nur der tatsächlichen Änderung, der die längere Zeit nicht reproduzierte Vorstellung unterliegt. Im Grunde meint dies auch *Ziehen*, denn er fährt fort: „Die Deutlichkeit ist sonach eine Eigenschaft der Vorstellungen, welche ihnen nur im Vergleich mit ihren Ursprungsempfindungen zukommt und daher ihrem Inhalt nicht koordiniert ist, sondern sich eben auf diesen Inhalt bezieht." Er geht also, wie das Wort „sonach" zeigt, davon aus, daß die Deutlichkeit auch ohne Rücksicht auf die Ursprungsempfindung als Eigenschaft der Vorstellung gelten kann, und hält nur die bestimmte und feste Disposition der Gehirnelemente, die der Deutlichkeit der Vorstellung entspricht, ohne die Entstehung aus einer Grundempfindung für ausgeschlossen. Daß diese Annahme nicht zutrifft, zeigt am augenfälligsten die Phantasievorstellung des Künstlers, die als Zukunftbild sich wohl in künftigen Empfindungen verwirklichen kann, aber als Ganzes keiner früheren Empfindung gleicht. Gewiß konnte der taube Beethoven die einzelnen Töne einer in ihm auftauchenden neuen Melodie sich nur auf Grund früherer Empfindungen deutlich vorstellen, aber die deutliche Vorstellung der daraus gefügten Melodie entstand ohne gleiche Grundempfindung, konnte trotzdem seinem Gedächtnis sich einprägen und später unverändert auftauchen und wiedererkannt werden, schließlich verblassen und der Vergessenheit anheimfallen, kurz, sich ganz verhalten wie die Vorstellung einer Rhododendronblüte. Und ebenso ist es mit allen andern nicht unmittelbar aus Empfindungen abgeleiteten Vorstellungen. Die Vorstellung etwa des Staates oder der Wissenschaft kann individuell sehr verschiedene Deutlichkeit besitzen und im Einzelbewußtsein zu verschiedener Zeit mehr oder weniger deutlich sein, durch Überlegung deutlicher werden, später allmählich verblassen und wieder aufgefrischt werden, und wir dürfen annehmen, daß die ihr entsprechende Disposition der Hirnelemente demgemäß mehr oder weniger bestimmt und fest ist und sich von der der Rhododendronblüte in dieser Hinsicht nicht unterscheidet. Was diesen Vorstellungen stets fehlt, ist nicht die Schärfe oder Deutlichkeit an sich, sondern die unmittelbar aus der Empfindung stammende, die sinnliche Schärfe oder Deutlichkeit, wie sie etwa dem Phantasiebilde des Künstlers eignen kann. Diese sinnliche Deutlichkeit muß solchen Begriffen abgehen, weil zwischen ihnen

und den Empfindungen, auf welche auch sie schließlich zurückgehen, zu viel Zwischenvorstellungen liegen, als daß ein unmittelbar auf die Empfindung zurückgreifendes Erinnerungs- oder Phantasiebild den Inhalt eines solchen Begriffes darstellen könnte, selbst wenn die bestimmte und feste Disposition der Gehirnelemente, die die Bedingung für ihr Wiederauftauchen in gleicher Zusammensetzung bildet, durchaus vorhanden ist. Oder vielmehr wären solche Begriffe nach *Ziehen* dann deutlich, wenn ich den Wortlaut, in dem ich die Begriffsbestimmung gehört, gelesen oder ausgesprochen habe, wiederholen kann, aber undeutlich, wenn ich nur den Sinn aufgefaßt habe und die Vorstellung daher einer vorausgehenden Empfindung nicht gleicht, und selbstgebildete Begriffe, die ich weder ausgesprochen noch niedergeschrieben habe, könnten überhaupt nicht deutlich sein.

Wir müssen also einen dreifachen Sinn der Deutlichkeit unterscheiden, 1. die der bestimmten und festen Disposition der Gehirnelemente entsprechende, die die Voraussetzung für das Wiederauftauchen der gleichen Vorstellung bildet, 2. die Ähnlichkeit dieser Vorstellung mit ihrer Grundempfindung, und 3. den reicheren oder ärmeren Inhalt der gegenwärtig im Bewußtsein vorhandenen Vorstellung im Verhältnis zu ihrem größtmöglichen Inhalt. Offenbar entspricht die dritte Bedeutung am meisten dem Sinne, in dem man im allgemeinen von Deutlichkeit oder Undeutlichkeit einer Vorstellung spricht, während die erste die Voraussetzung der bewußten Vorstellung (das Aristotelische δυνάμει ὄν im Gegensatz zum ἐνεργείᾳ ὄν) und ihrer größtmöglichen Deutlichkeit darstellt, und die zweite nur auf solche Vorstellungen paßt, welche unmittelbar auf eine Empfindung zurückgehen. Ich brauche daher das Wort Deutlichkeit in dritter Bedeutung und bezeichne damit das Verhältnis, in welchem der tatsächliche Inhalt einer Vorstellung zu ihrem größtmöglichen Inhalt steht. *Ziehens* Bestimmung der Deutlichkeit scheint mir deshalb unzweckmäßig, weil sie von der ersten Bedeutung ausgeht, dann aber von dieser unberechtigterweise die zweite Bedeutung ableitet und hierdurch ihre Anwendung auf eine große Zahl von Vorstellungen ausschließt, außerdem aber auch deshalb, weil sie, auf die erste Bedeutung beschränkt, mit dem Inhalt der Vorstellung zusammenfällt und nur durch ihre Verquickung mit der zweiten Bedeutung ihre Aufstellung als besondere Eigenschaft neben dem Inhalt der Vorstellung ermöglicht.

Die bestimmte Disposition der Gehirnelemente, deren Fortbestehen die Voraussetzung für das Wiederauftauchen der Vorstellungen bildet, ist auch Voraussetzung für das Auftreten der der Vorstellung gleichen Empfindung. Der äußere Reiz muß diese bestimmte Disposition der Hirnelemente veranlassen, damit gerade diese bestimmte Empfindung auftritt. Selbst einen einfachen Ton unterscheide ich von andern nur durch Vorstellung, und nur durch Unterscheidung von andern Empfindungen oder Erinnerungen werde ich mir dieser Empfindung als einer bestimmten



Empfindung bewußt. Aber für die einfache Empfindung mag *Ziehen*s Schema allenfalls ausreichen: die Empfindung schafft jene Disposition der Hirnelemente, die der Vorstellung entspricht, und es kommt weniger darauf an, ob wir hierbei die Vorstellung als in der Empfindung entstehend und dann also auch in ihr zuletzt schon vorhanden ansehen, oder ob wir die Bezeichnung Vorstellung mit *Ziehen* auf das zurückbleibende Erinnerungsbild der Empfindung beschränken. Wenn wir aber Teilempfindungen zu einer zusammengesetzten Empfindung vereinigen, etwa einen Gegenstand als solchen betrachten, dann genügt das Schema nicht. Qualität, Intensität, Gefühlston, räumliche und zeitliche Bestimmung der Empfindungen geben noch keine Vereinigung der Teilempfindungen zum Gesamtbilde, keine Abgrenzung von der Umgebung. *Ziehen* sagt bei der Besprechung des *Weber*schen Gesetzes (S. 44): „Jedenfalls ist jede Schätzung und Vergleichung schon assoziative Tätigkeit. Streng genommen dürfen wir daher auch nicht von einer Empfindung des Größer oder Kleiner, sondern nur von einer Vorstellung des Größer oder Kleiner sprechen. Was *Fechner* in seinem Hauptwerk als Empfindungen von Unterschieden bezeichnet, sind Vorstellungen von Unterschieden. Gewiß sind die Empfindungen schon an Intensität verschieden, aber erst durch Assoziation erlangen wir eine Vorstellung von dieser Verschiedenheit. Das Kind hat schon verschieden intensive Empfindungen, aber noch keine Vorstellung von ihrer verschiedenen Intensität. Unmittelbar kommt uns letztere gar nicht zum Bewußtsein, erst langsam erwerben wir uns die Fähigkeit des Vergleichens." Jede Verbindung und Trennung von Empfindungselementen ist aber ebenso eine assoziative Tätigkeit wie die Schätzung und Vergleichung, und jede Empfindung, in der wir eine Anzahl von Empfindungselementen zu einer Einheit zusammenfassen und hierdurch von andern absondern, enthält daher die entsprechende Vorstellung, denn nur in dieser wird zusammengefaßt und nur durch sie abgesondert; die Empfindung gibt nur den Rohstoff, der zur Vorstellung geformt wird. Die Empfindung an sich ist undeutlich und erlangt Deutlichkeit erst durch die Vorstellung. Und ebenso die Erinnerung; auch sie wird deutlich, wird ein Erinnerungsbild erst als Vorstellung, die auf Grund der Empfindung und durch sie veranlaßt die Form hinzufügt, in der die Empfindung aufgefaßt wird und ein Erinnerungsbild hinterlassen kann. Diesem Verhältnis wird *Ziehens* Stellung der Empfindung zur Vorstellung nicht gerecht, ihm entspricht vielmehr die Gegenüberstellung: hier ungeklärte, verworrene Empfindung und Erinnerung, dort Vorstellung; hier roher, dort geformter Stoff. Gebildet wird die Vorstellung nicht durch die Ideenassoziation, die nur Vorstellungen aneinanderfügt, nicht aber hervorbringt, sondern durch den Trieb, durch die Impulse, die von den Empfindungen ausgehen und zusammentreffen; der Trieb formt Empfindungen zu Empfindungsbildern, d. h. deutlichen Empfindungen, die Erinnerungsbilder hinterlassen können. Empfindungs- und Erinnerungsbilder sind Vorstellungen, die unmittelbar



aus Empfindung gebildet werden oder gebildet wurden. Aber die Ideenassoziation — hier können wir sie statt des Triebes einsetzen — trennt und verbindet nun auch die Erinnerungsbilder und schafft so weitere Vorstellungen, die zwar aus Erinnerungsbildern oder deren Teilen gebildet sind, aber selbst nicht mehr als Erinnerungsbilder gelten können, da diese bloß die Empfindung ohne deren sinnliche Lebhaftigkeit wiederholen. Erinnerungen, die gleichzeitig auftreten, werden in Beziehung zueinander gebracht, d. h. zu einer Vorstellung vereinigt, die freilich deshalb noch nicht die Festigkeit zu erhalten braucht, um später wieder auftauchen zu können. Im Gegenteil, die meisten Vorstellungen, die auf diese Art entstehen, sind flüchtiger Art, und nur diejenigen ihrer Bestandteile, die immer wieder als Teil eines Bewußtseinsinhalts zusammentreten, sondern sich allmählich als fester Kern ab, d. h. erlangen hinreichende assoziative Verwandtschaft, um sich als dauernde oder richtiger wiederauftauchensfähige Vorstellungen zu behaupten. Gehirnphysiologisch ausgedrückt: die der Vorstellung entsprechende bestimmte Disposition der Gehirnelemente vergeht im allgemeinen rasch und wird nur dann und soweit zur bleibenden Disposition, wenn und soweit sie häufig oder besonders kräftig hervorgerufen wird. Auch *Ziehen* sagt (S. 155): „Gleichzeitige Vorstellungen verschmelzen zu zusammengesetzten Vorstellungen, zwei völlig getrennte Vorstellungen können nicht in demselben Augenblick auftreten", nur zieht er daraus nicht die Folgerung: Erinnerungsbild und Vorstellung können nicht dasselbe sein, Vorstellung muß mehr als Erinnerungsbild umfassen; wenn Erinnerungsbild nur das ist, was die Empfindung hinterläßt, so kann man unmöglich eine Vorstellung, die Teile oder Reihen solcher Erinnerungsbilder in einen neuen Zusammenhang bringt, noch als Erinnerungsbild ansprechen. Ich wüßte wenigstens nicht, mit welchem Rechte man etwa einen Vergleich, den ich in diesem Augenblick zum erstenmal bilde, als Erinnerungsbild oder als bloße Summe zweier Erinnerungsbilder bezeichnen wollte. Taucht er später wieder in mir auf, und bin ich mir bewußt, ihn nicht jetzt erst gebildet zu haben, so mag ich ihn als Erinnerungsbild bezeichnen, dann aber als Erinnerungsbild einer Vorstellung, nicht einer Empfindung. Vorstellung ist also ein weiterer Begriff als Erinnerungsbild, und nur durch Verschmelzung von Vorstellung und Empfindung oder durch Bildung neuer Vorstellungen aus der Empfindung kommen Empfindungsbilder, d. h. klare, deutlich abgegrenzte Empfindungen zustande, deren Vorstellungsbestandteil die Empfindung im Erinnerungsbild überdauern kann.

Die Vorstellung vereinigt meist, wenn es sich nämlich nicht um einfache Empfindungen handelt, stets aber sondert sie ab. Liegt als Stoff die Empfindung vor, so überwiegt die absondernde Tätigkeit oder kommt, wenn aus einer früher einfachen Empfindung, wie der eines Gesamttons, einzelne Teiltöne gesondert unterschieden werden, allein zur Geltung. Sind aber Sonderung und Vereinigung auch meist verbunden und nur ver-



schiedene Folgen desselben Vorgangs, so müssen sie doch in der Betrachtung getrennt werden. Der Vorgang selbst, der ihnen zugrunde liegt, die Vorstellungsbildung, schafft unter allen Umständen eine Absonderung vom übrigen Stoff, der gleichzeitig im Bewußtsein vorhanden ist. Selbst wenn ich einen einzelnen Ton auffasse, unterscheide ich ihn von dem übrigen gleichzeitigen Bewußtseinsinhalt. Die Sonderung erfolgt dadurch, daß dieser Ton klarer in meinem Bewußtsein auftritt und dadurch sich von dessen übrigem Inhalt abhebt, daß also die Energie der Vorstellung in ihm besonders groß ist. Hierdurch löst sich der Widerspruch mit der früheren Darlegung, daß gleichzeitige Vorstellungen zu zusammengesetzten Vorstellungen verschmelzen. Der deutlich vorhandene Ton und der übrige Bewußtseinsinhalt werden als gleichzeitig aufgefaßt und bilden insofern zwar eine zusammengesetzte Vorstellung, deren übriger Inhalt aber gewissermaßen nur den Hintergrund abgibt, aus dem jener Ton klar heraustritt. Diese zusammengesetzte Vorstellung ist jedoch durchaus flüchtig, und nur solche Teile derselben, die auch in andern derartigen Augenblicksvorstellungen häufig miteinander verbunden auftreten und sich deutlich aus der Gesamtmasse herausheben, wie etwa jener Ton und das Instrument, dem er entlockt wurde, treten miteinander in assoziative Verwandtschaft, so daß, wenn diese Verwandtschaft fest genug wird, daraus eine zusammengesetzte Vorstellung von Dauer entstehen kann. Dies gilt nun aber auch für die Bildung von Vorstellungen aus Erinnerungsstoff. Auch hier wird die Verbindung zwischen den deutlich hervortretenden Vorstellungen größer als die mit dem undeutlichen Teil der Gesamtvorstellung, wenn auch öftere Wiederkehr des gleichzeitigen Auftretens im allgemeinen nötig sein wird, um die assoziative Verbindung auf die Dauer zu erhalten und damit eine assoziative Verwandtschaft zu schaffen. Für die Entstehung der assoziativen Verwandtschaft und damit für die Bildung dauerhafter Vorstellungen ist demnach neben häufiger Gleichzeitigkeit auch die Deutlichkeit der in assoziative Verwandtschaft tretenden Vorstellungen wichtig, nur ist es nicht die Deutlichkeit im Sinne *Ziehens*, sondern die Deutlichkeit, die auf *Ziehens* Energie der Vorstellung beruht. Häufige Gleichzeitigkeit und Deutlichkeit fördern einander aber gegenseitig, denn je häufiger ein bestimmter Bewußtseinsinhalt gleichzeitig aufgetreten ist, um so mehr ist er nicht nur vom übrigen, wechselnd mit ihm verbundenen Bewußtseinsinhalt abgesondert, sondern auch um so fester ist sein Zusammenhalt geworden, um so mehr wird also die Energie, die in einen seiner Teile eintritt, sich auch in seine übrigen Teile verbreiten und diese zugleich mit ihm verdeutlichen, und umgekehrt, je deutlicher ein Bewußtseinsinhalt auftritt, um so mehr sondert er sich nicht nur vom gleichzeitigen Bewußtseinsinhalt ab, sondern um so enger wird auch die assoziative Verwandtschaft seiner Teile, um so häufiger wird also auch bei geringerer Energie der gesamte, durch die Verwandtschaft zusammengehaltene Inhalt von neuem in das Bewußtsein treten und so die Verwandtschaft stärken. Gleich-

zeitigkeit oder besser Kontinuität, da auch unmittelbar aufeinander folgende Empfindungen oder Erinnerungen unter diesen Begriff befaßt werden sollen, ist also die Voraussetzung für die Bildung assoziativer Verwandtschaft und der ihr gehirnphysiologisch entsprechenden Dauerdisposition oder Abstimmung der Hirnelemente; häufige Gleichzeitigkeit bildet diese langsam, Deutlichkeit bei Gleichzeitigkeit rasch aus.

Neben der Absonderung geht bei der Bildung von Vorstellungen die Vereinigung des in ihnen vorhandenen Bewußtseinsinhalts einher. Die assoziative Verwandtschaft seiner Teile wird fester. Aber die Ideenassoziation vereinigt diese Teile, die Empfindungen und die Erinnerungen von Empfindungen, nicht etwa nur loser und fester, sonst jedoch auf gleiche Art. Schon bei Bildung bloßer Empfindungs- und Erinnerungsbilder werden die einzelnen Teile derselben durch räumliche und, wenn wir äußere Erlebnisse, die sich über eine gewisse Zeit erstrecken und eine Änderung des Bildes in sich schließen, noch als Empfindungs- oder Erinnerungsbilder betrachten wollen, auch durch zeitliche Beziehungen miteinander verbunden und erlangen dadurch erst die räumliche und zeitliche Ordnung, die den Vergleich mit Bildern oder einer kinematographischen Bildervorführung nahelegt. Es werden also die zeitlichen und räumlichen Beziehungen, auf denen die assoziative Verwandtschaft beruht, mehr oder weniger deutlich ins Bewußtsein gehoben, und dies gibt der assoziativen Verwandtschaft, die dem Erinnerungsbilde zugrunde liegt, die besondere Festigkeit. Diese Festigkeit wird noch größer, wenn auch die übrigen Beziehungen der Teilempfindungen untereinander, d. h. die ihrer Qualität und Intensität, also bei einer optischen Empfindung die Farbenverhältnisse, deutlich ins Bewußtsein treten. Die Ideenassoziation vereinigt also die Einzelempfindungen durch mehrfache und verschiedenartige Beziehungen, gleichsam durch mehrere Bande, deren jedes den Zusammenhang verstärkt, und zwar um so mehr, je fester es selbst ist. Dazu kommen bei Vorstellungen, die aus mehreren Erinnerungsbildern verschiedenartiger Herkunft zusammengesetzt sind, noch weitere Beziehungen; die Vorstellung einer duftenden Rose ist deutlicher und wird durch die hinzugetretene Abhängigkeitsbeziehung fester zusammengeschlossen, als wenn nur die Gleichzeitigkeitsbeziehung das Gesichtsbild und den Duft der Rose verbände. Hierher gehört, was *Ziehen* als ein Ergebnis der *Ebbinghaus*schen Versuche über das Gedächtnis anführt (S. 216), „daß die Teilvorstellungen eines Vorstellungskomplexes um so fester haften, je enger sie assoziativ namentlich durch Urteilsassoziationen verbunden sind", daß etwa „sinnvoll zusammengesetzte Silbenreihen, also z. B. die Verse eines Epos, sich zehnmal leichter merken als sinnlose Silbenreihen". Am wichtigsten werden diese nicht mit und in der Empfindung gegebenen Beziehungen für die Bildung solcher Vorstellungen, die nicht unmittelbar auf Empfindungen zurückgehen, also nicht mehr als Erinnerungsbilder anzusprechen sind. Gewiß ist das gleichzeitige Auftreten der



Einzelvorstellungen, die sich zur Gesamtvorstellung zusammenschließen, die Voraussetzung für deren Bildung, aber größere Festigkeit gibt erst die Auffassung der übrigen Beziehungen zwischen den einzelnen Teilen und zwischen diesen und der Gesamtvorstellung, und zwar ist bei gleicher Häufigkeit des gleichzeitigen Auftretens die Festigkeit um so größer, je deutlicher dabei diese Beziehungen bewußt werden. Daß diese „höheren“ Vorstellungen ihren Zusammenhalt nicht durch zeitliche und räumliche Beziehungen erhalten, sondern durch andere, die nicht unmittelbar aus der Empfindung geschöpft werden können, sondern erst durch assoziative Tätigkeit, wenn auch natürlich im Anschluß an die Empfindung, gebildet werden, ist ein weiterer Grund, diese „höheren“ Vorstellungen von der Bezeichnung „Erinnerungsbilder“ auszuschließen. Gewiß, „nicht nur jede Empfindung“ — ich würde freilich sagen: jedes Empfindungsbild — „hinterläßt eine Vorstellung, sondern auch alle unsere Vorstellungen setzen sich aus Residuen von Empfindungen zusammen. Angeborene Vorstellungen existieren nicht“ (S. 138). Wenn aber *Ziehen* fortfährt: „Darauf stützt sich auch unsere Berechtigung, die Ausdrücke Vorstellung und Erinnerungsbild gleichbedeutend zu brauchen: alle unsere Vorstellungen sind eben Erinnerungsbilder von Empfindungen“, so beachtet er nur den Stoff, die „Residuen von Empfindungen“, aber nicht die Form oder die Art der Vereinigung, die in den Beziehungsvorstellungen bewußt wird. Daß die ersten und wichtigsten dieser Beziehungsvorstellungen, die der Gleichheit und Ungleichheit, nicht der Empfindung angehören, sondern Erzeugnisse der assoziativen Tätigkeit sind, sagt *Ziehen* ja selbst (S. 44) in einer schon von mir (S. 230) angeführten Stelle; sie können also nicht Residuen der Empfindung sein. Ich fasse und halte sie nur fest in Empfindungsresiduen, die zur Vorstellung geformt sind. So kann etwa das Wort Gleichheit, also eine Empfindung oder ihr Residuum, ihr Erinnerungsbild, mir andere Erinnerungsbilder hervorrufen, die durch die Beziehung der Gleichheit verbunden sind; es bedeutet für mich die Vorstellung der Gleichheit, ist aber gerade deshalb nicht dieselbe, sondern eine von ihr verschiedene Vorstellung.

Daß nach *Ziehen* jede Empfindung eine Vorstellung hinterläßt, hängt damit zusammen, daß er nicht zwischen bloßer Empfindung und Empfindungsbild, d. h. geformter Empfindung, unterscheidet. Eine Empfindung, die bereits Empfindungsbild ist, also Vorstellung enthält, hinterläßt natürlich auch ein Erinnerungsbild und in ihm die in ihr enthaltene Vorstellung, durch die sie zum Empfindungsbild geworden ist. Man könnte sagen, *Ziehen* geht mit Recht von unserem jetzigen Bewußtseinsinhalt aus, in dem die rohe Empfindungs- und Erinnerungsmasse des kindlichen Bewußtseins längst zu Empfindungs- und Erinnerungsbildern auseinandergetreten und zusammengeschlossen ist. Von dem kindlichen Zustand haben wir keine Erinnerung, und unser Bemühen, uns in ihn hineinzudenken, könnte zu sehr trügerischen Ergebnissen führen. Aber



abgesehen von den bereits erwähnten Blindgeborenen, die erst als Erwachsene sehend wurden und so auf einem Sinnesgebiet noch Empfindungs- und Erinnerungsbilder formen mußten, als sie fähig waren, darüber auszusagen, haben wir alle Gelegenheit, uns von diesem Unterschied zwischen geformter und ungeformter Empfindung und Erinnerung zu überzeugen. Wenn wir unsere Aufmerksamkeit auf einen Teil unserer gegenwärtigen Empfindung oder Vorstellung richten, so wird uns dieser deutlich bewußt, neben dieser deutlichen Teilvorstellung sind aber oft andere in sehr verschiedener Deutlichkeit vorhanden bis zu einer ungeschiedenen Masse, die nur als solche ins Bewußtsein fällt, aus der aber im nächsten Augenblick Vorstellungen deutlich emporsteigen können, während die bisher deutlichen Teile undeutlich werden und allmählich in die formlose Masse zurücksinken. Gewiß, daß jene ungeschiedene Masse jederzeit zu Vorstellungen auseinandertreten kann, zeigt, daß ihre Teile bereits im Grunde zusammengefaßt und voneinander geschieden, daher jederzeit unterscheidbar — sobald sie nämlich deutlicher werden — und nicht eine ihrem Wesen nach gestaltlose Masse sind, aber gegenwärtig sind sie inhaltlos, ungeschieden und verworrener, noch nicht zur Vorstellung gestalteter Empfindung oder Erinnerung gleich. Selbst beim gewöhnlichen Assoziationsversuch, der Worte aneinanderreiht, wie sie gerade einfallen, ist der Sinn dieser Worte sehr verschieden deutlich und im ersten Augenblick oft ganz inhaltleere, ungeschiedene Masse, aus der deutlich nur das Wort herausragt, und die uns nur sagt, daß dem Worte ein Inhalt entspricht, der jederzeit deutlich werden kann. Damit soll der Unterschied zwischen latenten und bewußten Vorstellungen nicht angetastet, sondern nur darauf hingewiesen werden, daß eine formlose Erinnerungsmasse häufig den Hintergrund der deutlich im Bewußtsein auftauchenden Vorstellungen bildet. Aus dem Unbewußten ragen gewissermaßen nur die Spitzen vieler mit der augenblicklich deutlichen Vorstellung assoziativ verbundenen Vorstellungen empor, bereit, im nächsten Augenblick weiter ins Bewußtsein zu treten. *Ziehen* schildert dies in Anknüpfung an den konkreten Begriff der Pflanze (S. 145): „Je allgemeiner ein konkreter Begriff ist, um so komplexer ist er, um so mehr lose assoziativ verknüpfte Einzelvorstellungen schwingen beim Auftauchen desselben mit, und eine scheinbare Einheit wird nur durch die allen diesen Einzelvorstellungen assoziierte Wortvorstellung gegeben. Daher kommt es, daß, wenn Sie „Pflanze“ denken und, vom Wort absehend, den Inhalt des Begriffs schärfer fixieren wollen, Ihnen sofort bestimmte einzelne Pflanzen oder Pflanzenteile undeutlich vor Augen treten. Dies sind eben jene mitschwingenden Einzelvorstellungen.“ Nur betrifft dieses „Mitschwingen“, das keineswegs auf Allgemeinvorstellungen beschränkt ist, nicht latente Vorstellungen, sondern drückt eben aus, daß jene Vorstellungen, die, „schärfer fixiert“, „undeutlich vor Augen treten“, als zunächst ungeschiedene, verworrene Masse im Bewußtsein vorhanden sind.



Diese Verhältnisse mußten berührt werden, um das, was ich als Richtung des Denktriebes bezeichnete, in seiner Bedeutung klarzustellen. Beim automatischen Akt schlägt der Trieb die Richtung vom Anfangreiz zur Bewegungseinstellung ein, Zwischenreize verändern den Ablauf der Bewegung, aber Anfang- und Zwischenreize wirken allein als Reize, und die mit ihnen gegebenen Empfindungen bilden eine verworrene, nicht in Vorstellungen geordnete Masse, die als solche auf die Gestaltung der Bewegung keinen Einfluß hat. Erst wenn sich Vorstellungen entwickelt haben, können — in den Trieb- und intellektuellen Handlungen *Ziehens* — Empfindungs- und Erinnerungsbilder in den Ablauf der Bewegung eingreifen und ihn anders gestalten, also dem Triebe eine andere Richtung geben, als er ohne ihre Mitwirkung genommen hätte. Das Zukunftbild oder allgemeiner die Zielvorstellung lenkt dann den Trieb in die Richtung ihrer Verwirklichung. Dagegen ist das Ziel des Denkens oder des ihm zugrunde liegenden Denktriebes nicht die Verwirklichung, sondern die Verdeutlichung einer Vorstellung, der Ausgangpunkt nicht ein Reiz, der zugleich als Empfindung bewußt wird, sondern die Vorstellung, mit der das Denken anhebt, die Ausgangvorstellung, die die gegenwärtige Lage kennzeichnet, und die als Empfindung oder Erinnerung gegeben sein kann. Von ihr ausgehend hebt der Denktrieb oder die Ideenassoziation die Zielvorstellung ins Bewußtsein, die einfach in der Verdeutlichung der Anfangvorstellung besteht und den Weg zu ihrer Verwirklichung anzeigen kann, letzteres nämlich dann, wenn, wie beim Überlegen, wo ein gesuchter Gegenstand sich befinden möge, die Zielvorstellung des Bewegungstriebes unmittelbar nicht verwirklicht werden kann und nun zur Ausgangvorstellung des Denkens wird. Hier würde der Ort des gesuchten Gegenstandes das Ziel des Denkens sein und die Verwirklichung dieser Vorstellung nach ihrer Verdeutlichung im Sehen und Erfassen des Gegenstandes, also im Übergang jener Vorstellung in Empfindung, bestehen. Zu Anfang können Ausgang- und Zielvorstellung (im andern Sinne) auch getrennt gegeben und die Zielvorstellung durch einfache Assoziation, durch bloßen Einfall bewußt geworden sein, dann verdeutlicht das Denken den Zusammenhang beider (jetzt Teil-) Vorstellungen, so daß jener Unterschied von Ausgang- und Zielvorstellung sich verliert, da der Zusammenhang von beiden Seiten aus ins Bewußtsein gehoben wird. Zwischen beiden Vorstellungen kann das Denken aber verschiedene Richtungen einschlagen und schlägt davon diejenige ein, die durch die gegenwärtige Lage, d. h. die gegenwärtige Konstellation der Vorstellungen bestimmt wird, wenn ich unter Konstellation die Einwirkung nicht nur der latenten Vorstellungen, sondern auch der deutlichen Teilvorstellungen und der mitschwingenden, also nicht latenten, sondern undeutlich mit der deutlichen Vorstellung verbundenen Vorstellungen verstehe. Die verschiedenen Beziehungen, die zwischen diesen Vorstellungen gebildet sind, bestimmen auf dieser Grundlage dann im einzelnen die Richtung, die das Denken



nimmt. Tritt als Ausgangvorstellung die drohende Wolke, als mit ihr zusammengedachte Zielvorstellung das schützende Haus auf, so kann die Richtung, in der der Zusammenhang beider Vorstellungen verdeutlicht wird, ganz verschieden sein: das Schutzbedürfnis kann dabei unmittelbar maßgebend sein, in andern Fällen aber etwa der kulturgeschichtliche Zusammenhang des Schutzbedürfnisses mit der Herrichtung von Wohnstätten oder die ästhetische Freude an der beide Bilder vereinigenden Gesichtsvorstellung oder beim Künstler wohl auch die Technik ihrer Darstellung die Richtung des Denkens bestimmen. Auch hier wird aber das Ziel des Denkens die Verdeutlichung der Ausgangvorstellung bilden, wenn wir als Ausgangvorstellung den — undeutlichen — Zusammenhang zwischen ursprünglicher Ausgang- und Zielvorstellung betrachten. Ursprüngliche Ausgang- und ursprüngliche Zielvorstellung — etwa: gesuchter Gegenstand und Ort desselben, oder: drohende Gewitterwolke und schützendes Haus — grenzen ja den zunächst undeutlichen Zusammenhang, der durch das Denken deutlich werden soll, nach außen ab, haben aber, wenn diese Verdeutlichung vor sich geht, die Bedeutung als Ausgang- und Zielvorstellung verloren und stellen nur vermittelst ihrer Energie den wesentlichen Teil der günstigen Konstellation dar, welche zur Überlegung führt. Wir bezeichnen sie also besser nicht als Ausgang- und Zielvorstellung des Denkens, sondern als richtunggebende oder Richtvorstellungen, und zwar als hauptsächliche oder besser führende Richtvorstellungen desselben, weil sie durch ihre führende Energie die allgemeine Richtung des Denkens bestimmen, während dessen besondere Richtung durch den Zusammenhang gegeben wird, in den sie eingefügt werden sollen. Wird die allgemeine Richtung des Denkens durch die Vorstellungen des gesuchten Gegenstandes und seines Ortes bestimmt, so wird die besondere Richtung nach früherer Erörterung etwa durch die Allgemeinvorstellung der Örtlichkeit näher festgestellt, oder aber, wenn diese Überlegung nicht zum Finden des Gegenstandes führt, durch die Allgemeinvorstellung der Kausalität. Im zweiten Beispiel würden Gewitterwolke und Haus die führenden, Schutz oder Kulturgeschichte oder ästhetische Wirkung die mitbestimmenden Richtvorstellungen des Denkens bilden. Alle andern Vorstellungen, die nun während des Denkens auftauchen, werden, solange jene bestimmte Denkrichtung besteht, in sie hineingezogen, jenem Zusammenhang eingefügt und dienen so der Annäherung an die Zielvorstellung, d. h. der Verdeutlichung der Ausgangvorstellung, wenn wir unter Ausgangvorstellung den zunächst undeutlichen Zusammenhang, den Vorwurf des Denkens, verstehen. Auftauchende Vorstellungen, die sich ihm nicht einfügen, haften nicht, werden „abgewiesen".

Daß ich die Richtung des Denkens, obwohl sie sich aus der Konstellation ergibt, besonders hervorhebe, ist darin begründet, daß hierdurch der Zusammenhang des Denkens deutlicher zutage tritt und damit die gewöhnliche Auffassung zur Geltung kommt, die in der Richtung des



Denkens oder der Aufmerksamkeit durchaus berechtigterweise jenen Zusammenhang zum Ausdruck bringt. Spricht man von Konstellation, so denkt man unwillkürlich nur an die zunächst folgende Vorstellung, mit der wieder eine neue Konstellation anhebt, so daß die Folge der Vorstellungen zwar im einzelnen eindeutig, aber in ihrem weiteren Zusammenhange viel mehr von zufälligen Umständen bestimmt erscheint. Zwar macht *Ziehen* in einer Anmerkung (S. 186) darauf aufmerksam, daß zu der gegenseitigen Hemmung und Anregung der latenten Vorstellungen, die gewissermaßen psychisch zu werden begehren, namentlich noch die Hemmungen und Anregungen hinzukommen, „welche die naszierenden Vorstellungen in ganz besonderem Maße von seiten der früheren Vorgängerinnen von *a*, der vor kurzem aktuell gewesenen Vorstellungen, erfahren"; daß aber zu diesen Vorgängerinnen jene „Richtvorstellungen" gehören, daß diese, auch wenn sie vorübergehend undeutlich werden, dauernd mitschwingen und, wenn auch im Verein mit andern mitschwingenden Vorstellungen, so doch weit kräftiger als diese eine bestimmte Richtung des Denkens hervorbringen und erhalten, ist gerade für die Psychologie des Denkens wichtig und des Hervorhebens wert.

4. Auch in diese Verhältnisse spielt nach *Ziehen* der Gefühlston hinein. „Wir sagen: „Ich will über ein Problem nachdenken, ich will Rätsel lösen." Hier handelt es sich nicht um eine intensive, von stark positiven Gefühlstönen begleitete, von der Konstellation begünstigte Bewegungsvorstellung, sondern um eine intensive, von stark positiven Gefühlstönen begleitete, von der Konstellation begünstigte sogenannte Zielvorstellung. Ich stelle mir die Lösung des Problems oder Rätsels, das *X* der Gleichung, in der es mir implicite gegeben ist, explicite gefunden vor. Diese Zielvorstellung entspricht ganz jener Bewegungsvorstellung. Wie jene Bewegungsvorstellung zur Bewegung, so führt diese Zielvorstellung dank ihrer Intensität, ihrem positiven Gefühlston und der günstigen Konstellation, indem sie den Gang der Ideenassoziation bestimmt, allmählich — oft erst nach vielen Fehlwegen — zu der „gewollten" Lösung, zu dem gesuchten Wert des *X*. Man hat von diesem Gesichtspunkt aus mit Recht das willkürliche Denken, wie wir es früher kennen gelernt haben, auch als innere Handlung und die zu Muskelkontraktionen führende Handlung als äußere Handlung bezeichnet. Nur dürfen Sie nicht vergessen, daß das willkürliche Denken nicht scharf abgegrenzt ist gegen das sogenannte unwillkürliche, und daß leichte motorische Entladungen auch das willkürliche Denken, die innere Handlung, sehr oft begleiten" (S. 259). Der Vergleich des willkürlichen Denkens als innerer Handlung mit der äußeren Handlung ist gewiß berechtigt, aber in einem andern Sinne, als *Ziehen* ausführt. Nicht dadurch kommt es zum Denken, daß ich mir die Lösung des Problems oder Rätsels, das *X* der Gleichung, in der es mir implicite gegeben ist, explicite gefunden vorstelle, sondern dadurch, daß die Energie der Vorstellungen, deren deutlicher Zusammenhang die Zielvorstellung



des Denkens bildet, die Zwischenvorstellungen und ihre Beziehungen ins Bewußtsein treibt. Die Vorstellung, daß diese Verdeutlichung gelungen sei oder gelingen werde, mag vorangehen, hält aber den Vorgang nur auf, wenn sie stark lustbetont ist, und die Lust ist nur dann von Nutzen, wenn sie als positiver Wert in ihr enthalten ist. Es ist das gleiche Verhältnis wie bei der äußeren Handlung, wo auch die Lustbetonung der Zielvorstellung von der Handlung selbst ablenkt, indem die Energie nun an der Zielvorstellung haftet, statt zur Verwirklichung weiterzuströmen. Dagegen ist die Begünstigung durch die Konstellation allerdings wesentlich. Auch hier handelt es sich um die Verteilung der Intensität oder Energie, denn die von den undeutlichen und latenten Vorstellungen ausgehenden Impulse erhöhen die Energie der Vorstellung, deren Zusammenhang hierdurch stärker ins Bewußtsein tritt und durchdacht, d. h. verdeutlicht wird. Daß die Konstellation gleichbedeutend ist mit der augenblicklichen Verteilung der Energie auf die einzelnen Vorstellungen oder nach *Ziehens* Wortbestimmung allein auf die latenten Vorstellungen, tritt in *Ziehens* Darstellung nicht so hervor, weil hier (S. 186) die Konstellation im Anschluß an die entsprechenden Hirnvorgänge auf das „komplizierte Verhältnis gegenseitiger Hemmung und Anregung" der zum Auftauchen im Bewußtsein bereitstehenden Vorstellungen zurückgeführt wird. Hemmung und Anregung ist aber Wirkung der Energieverteilung.

Mit der Energie einer Vorstellung hängt freilich auch ihre Gefühlsbetonung zusammen. Es fragt sich also, wieweit sie an der Hemmung und Anregung beteiligt ist. Hemmung und Anregung kommt nicht allein den latenten Vorstellungen zu. Für die bewußten Vorstellungen führt *Ziehen* das gleiche Verhältnis am Beispiel einer Rose aus (S. 19): „Sie sehen in einem fremden Garten eine Rose stehen. Der äußere Reiz ist in der Rose gegeben und löst eine Gesichtsempfindung oder Sehwahrnehmung aus: wir sehen die Rose. Nun wirken zahlreiche Erinnerungsbilder oder Vorstellungen ein. Der Duft der Rose fällt uns ein, wir stellen uns unser Zimmer geschmückt mit der Rose vor, alles Vorstellungen, die uns zu einer Greifbewegung, der Handlung des Pflückens, drängen, die also, wie wir sagen wollen, positiv wirken. Aber außer diesen „inzitatorischen" Erinnerungsbildern werden auch andere in ihnen auftauchen, Sie werden sich entsinnen, daß der Garten fremdes Eigentum ist, Sie werden sich der Strafe entsinnen, welche Sie erwarten kann. Diese negativ wirkenden und inhibitorischen Erinnerungsbilder werden Ihre Hand zurückhalten und die Handlung zu hemmen versuchen. Es kann hierbei zu einem völligen Widerstreit der Empfindungen und Erinnerungsbilder und der letzteren untereinander kommen. Das Spiel der Motive wird zum Kampf der Motive, zum Zaudern; die Handlung ist das Produkt der stärkeren Motive und kann daher auch völlig unterbleiben. Also das letzte Glied des psychischen Prozesses kann wegfallen, es bleibt bei der Wahrnehmung und Überlegung, eine Bewegung erfolgt nicht." Daß es sich



hier um eine Bewegungsvorstellung handelt, macht für die Ideenassoziation keinen Unterschied, da die Bewegungsvorstellung ja nach *Ziehen* der Zielvorstellung des Denkens entspricht. Wenn also hier die positiv und negativ wirkenden, also lust- oder unlustbetonten Erinnerungsbilder inzitatorisch oder inhibitorisch eingreifen, dort die latenten Vorstellungen anregen und hemmen, so bedeutet das offenbar dem Wesen nach dasselbe und wird nur deshalb dort auf die Ideenassoziation, hier auf die entsprechenden Gehirnvorgänge zurückgeführt, weil die latente Vorstellung ja nur eine Disposition oder Abstimmung der Gehirnelemente, ein Residuum materieller Erregung darstellt, dem nichts Psychisches entspricht. Es heißt zwar, daß Inhalt, Deutlichkeit und Gefühlston „den latenten Erinnerungsbildern und den aktuellen Vorstellungen gleichmäßig zukommen" (S. 157), das hat aber nur den Sinn, daß bei den latenten Vorstellungen diese Eigenschaften in der früheren Art wieder auftreten, „wenn die Ganglienzelle mit der Disposition R_l durch eine neue, ähnliche Empfindung oder durch eine assoziativ verwandte Vorstellung einen neuen Impuls erfahren hat" (S. 137); kommt doch auch nur im gleichen Sinne „den latenten Vorstellungen eine bestimmte Intensität oder Energie als vierte Eigenschaft zu", indem nämlich „auch die latenten Erinnerungsbilder sich gegenseitig assoziative Impulse zusenden und sich dadurch anregen und hemmen" (S. 157). Es handelt sich eben bei den Eigenschaften der latenten Vorstellungen nur um potentielle Eigenschaften potentieller Vorstellungen. Von der Stärke der Impulse abgesehen, ist aber der Vorgang im Gehirn bei der inzitatorischen und inhibitorischen Wirkung aktueller Vorstellungen derselbe wie bei der Anregung und Hemmung durch latente Vorstellungen. Bestimmt hier das Gefühl, ob die Impulse anregen oder hemmen, so kann es nur ein potentielles Gefühl sein; somit bedürfen wir auch für die inzitatorische oder inhibitorische Wirkung bewußter Vorstellungen der Gefühlsbetonung nicht, sondern es genügt, daß sie potentiell, d. h. als Gefühlsinhalt der Vorstellung vorhanden ist. Aus diesem kann ja die Gefühlsbetonung jederzeit erwachsen. Und in der Tat lassen die angeführten Worte *Ziehens* die Möglichkeit offen, daß er den inzitatorischen und inhibitorischen Einfluß der Vorstellungen nicht auf deren Gefühlsbetonung, sondern auf ihren Gefühlsinhalt zurückführt. Dann aber sollte dieser auch überhaupt für die Zielvorstellung des Denkens oder Handelns genügen, so daß das Gefühl auch hier nur potentiell, nicht aktuell beteiligt wäre.

Daß in Wirklichkeit das Gefühl als „aktuelles", als Gefühlsbetonung das Denken und Handeln beeinträchtigt, habe ich wiederholt ausgeführt und seine Wirkung als eine Art ruhiger Betrachtung hingestellt im Gegensatze zum fortschreitenden Ablauf der Vorstellungen, der beim Überlegen und Handeln stattfindet. Eine ruhige Betrachtung verdeutlicht aber; somit scheint zunächsts der Einfluß der gefühlsbetonten Vorstellung auf das Gleiche hinauszulaufen wie der der energischen Vorstellung, und



in der Tat ist ja auch die gefühlsbetonte Vorstellung eine energische Vorstellung, indem die Intensität der Gefühlsbetonung die Ideenassoziation in eine besondere Richtung lenkt, vom Fortschreiten abhält und dadurch die Überlegung und das Handeln stört. Das ist ganz klar für die Fälle, wo nicht die Zielvorstellung, sondern eine andere Vorstellung Gefühlsbetonung erlangt. Dann kann das Gefühl das Ziel verdunkeln oder den Weg zum Ziel verändern. Ist die Ausgangvorstellung so stark gefühlsbetont, daß die im gegebenen Zusammenhang mit dem größten Gefühls**wert** ausgestattete Vorstellung dagegen nicht aufkommen kann, so wird das Ziel verdunkelt und für den Augenblick wirkunglos; halten sich Ausgangpunkt und Ziel einigermaßen die Wage, so können beide abwechselnd die Lenkung an sich reißen und der Einfluß der gefühlsbetonten Vorstellung sich mit dem der andern durchkreuzen, so daß das sachliche Denken geschmälert wird. Es kann aber auch der Gefühlsinhalt in einer der Zwischenvorstellungen, die im Zusammenhang des Denkens auftauchen, lebendig werden und so das bisherige Ziel entweder verdunkeln oder den Weg zu ihm anders gestalten. Der Feldherr, der in der Siegesfreude oder in der Unlust über starke Anstrengungen nicht an die sachlich gebotene und von ihm für diesen Fall ins Auge gefaßte Verfolgung des Feindes denkt oder sie in ungenügender Weise ins Werk setzt, gibt ein Beispiel für den ersten Fall, während er den letzten dann verwirklicht, wenn er beim Überschlagen der Möglichkeiten, wie der Feind am besten vernichtet werden kann, eine minder zweckmäßige wählt, um etwa seinem Sohne in aufflammendem Vaterstolz den Ruhm zuzuwenden oder ihn in ängstlicher Sorge um sein Leben zu schonen. Aus beiden Beispielen ersehen wir indessen, daß hier schließlich die Gefühlsbetonung nichts anderes bewirkt, als ein ihrem Grade entsprechender Gefühlswert auch bewirkt hätte. Ihr Einfluß auf das Denken und Handeln zeigt sich nur darin, daß sie die Macht des Gefühlswertes verstärkt. Hätte dem Feldherrn die Vorstellung des Sieges höheren Wert besessen als die Ausnutzung des Sieges, oder hätte sein Sohn ihm von vornherein mehr bedeutet als die Vernichtung des Gegners, so hätte es der hinzukommenden Gefühlsbetonung nicht erst bedurft, um das gleiche Ergebnis hervorzurufen. Und doch wäre der Vorgang ein anderer gewesen. Im ersten Falle hätte sich der Feldherr für den Fall des Sieges die Verfolgung nicht oder nicht so fest vorgenommen, und im zweiten hätte die Überlegung, wie die Vernichtung des Gegners mit oder ohne Verwendung des Sohnes zu erreichen sei, sich zwar auch auf die eine Möglichkeit, bei der der Sohn einzusetzen war, beschränkt oder diese Möglichkeit von vornherein ausgeschlossen, aber diese Überlegung wäre ungehindert und deshalb subjektiv sachlicher verlaufen, indem die Vorstellung des Sohnes und die der Vernichtung des Gegners gemeinsam der Überlegung sogleich eine bestimmte Richtung gegeben hätte. Die Gefühlsbetonung lenkt in beiden Fällen die Aufmerksamkeit wenigstens vorübergehend von der Vernichtung des Gegners ab, läßt sie auf der Vor-



stellung der gegenwärtigen Lage oder des Sohnes verweilen und unterbricht so den Fortgang der Überlegung. Die Wirkung des Gefühls ist also auch im zweiten Falle zunächst eine Verdunkelung des Zieles und kann nur dadurch den Weg zum Ziel verändern, daß sie die Überlegung unsicher und deshalb weniger gründlich macht.

Das Gefühl beeinträchtigt demnach den Fortgang der Überlegung, wenn es in der Ausgang- oder in einer Zwischenvorstellung lebendig wird, aber es beeinträchtigt ihn auch dann, wenn es in der Zielvorstellung lebendig wird und damit eine ruhige Betrachtung, ein Ausmalen des Zieles und seiner möglichen Folgen bewirkt und so die Ausgangvorstellung verdunkelt. Wollen wir die reine Wirkung des Gefühls ersehen, so müssen wir ein Beispiel wählen, in dem jener Widerstreit des Gefühls mit der fortschreitenden Überlegung wegfällt und allein die Intensität des Gefühlstons einer Vorstellung die Ideenassoziation beherrscht, ohne durch die Energie einer andern Vorstellung in ihrer Wirkung beeinträchtigt zu werden.

Frei von diesem Widerstreit wird die Wirkung des Gefühls dann hervortreten, wenn Überlegung und zielgeleitetes Handeln ausgeschaltet sind und die Lust des Gelingens, des Erreichens, oder die Unlust des Mißlingens, des Verfehlens, zunächst allein das Feld behauptet. Die Freude über ein bestandenes Examen läßt zunächst nur diese Vorstellung und die in ihr enthaltenen oder eng mit ihr verbundenen Vorstellungen in raschem Wechsel ins Bewußtsein treten, etwa die vorausgegangenen und überwundenen Schwierigkeiten und Nöte, die Fragen und Antworten im Examen selbst und weiterhin die Vorteile der neuen Lage, die Mitfreude Anderer usw. Das ist es, was man als Verdeutlichung der Vorstellung bezeichnen kann, ein Hervortreten von Einzelheiten aus einer zunächst nur ganz allgemein und recht unbestimmt gegebenen Vorstellungsmasse. Wir sehen auch hier, daß die Ideenassoziation durchaus auf Grund des Vorstellungsinhalts vor sich geht, aber zugleich, daß die lustbetonte Vorstellung sie nicht weiterschweifen läßt, sondern immer wieder auf sich zurückführt und sich als Mittelpunkt des Ganzen erhält. Man kann daher wohl von einer Verdeutlichung sprechen, aber nur von einer Verdeutlichung einzelner Teile und von *einem* Mittelpunkte aus, und diese hinterläßt kein klares Gesamtbild, sondern bruchstückartig werden die Einzelheiten bewußt, ohne durchgehenden Zusammenhang, weil die Aufmerksamkeit wohl das Ganze durchwandert, aber nicht gleichmäßig und ruhig zwischen zwei Grenzvorstellungen von einer Einzelheit zur andern fortschreitet. Die Lust der Gesamtvorstellung, die sich erschöpft hat, irradiiert auf eine gerade auftretende Einzelvorstellung, die sogleich zur beherrschenden wird, bis eine zweite, inhaltlich mit jener und mit der Hauptvorstellung verbundene Vorstellung auftaucht, die Herrschaft und Lustbetonung an sich reißt und nach kurzer Zeit ebenso an eine dritte weitergibt oder an die inzwischen gewissermaßen wieder frei und lustfähig gewordene Hauptvorstellung zurückgelangen läßt. Wohl kann dabei eine Einzelvorstellung vorübergehend



auch Ziel des Denkens und Handelns werden, wenn ich etwa an die bevorstehende Freude der Meinigen denke und rasch überlege, wie ich ihnen das Ereignis am besten mitteile. Dann ist durch die führenden Richtvorstellungen des bestandenen Examens und der Freude der Meinigen vorübergehend zwar die Richtung des Denkens bestimmt, da aber die Gefühlsbetonung noch mitspricht und die zweckmäßige Abgrenzung des Denkens hindert, so werden solche Überlegungen meist nicht allseitig durchgeführt, sondern mehr sprungweise zu Ende gebracht und schließen daher, wenn sie nicht gewohnheitmäßig erledigt werden und daher nur geringe Energie erfordern, leicht mit nicht ganz zweckentsprechenden Handlungen ab, weil andere, inhaltlich nicht damit zusammenhängende, von der Lust vermittelte Vorstellungen sich störend dazwischendrängen. Die Überlegung kann also wohl in den Dienst der Lust treten, sich aber, solange diese die Herrschaft behauptet, nicht frei und nach eigenen Gesetzen entfalten und nicht über unvollständige Leistungen hinauskommen; erst wenn die Lustbetonung nachläßt und der aus ihr erwachsene positive Wert der Vorstellungen an ihre Stelle tritt, wird Überlegung und überlegtes Handeln von jener Hemmung frei.

Jedoch die Freude nach bestandenem Examen ist in der Form, wie sie geschildert wurde, noch immer keine reine Freude, weil die Unruhe, in der sie sich äußert, der hastige, sprungweise Wechsel der Vorstellungen nicht zum Wesen der Freude gehört. Eine genauere Betrachtung zeigt auch, woher diese Unruhe rührt. Die Vorstellung des bevorstehenden Examens hatte eine starke Intensität oder Energie besessen, die sich auch allen in ihrer Richtung liegenden und daher sogleich in ihren Zusammenhang eintretenden Vorstellungen, z. B. den durch die Fragen der Examinatoren angeregten, mitgeteilt hatte. Sie war die alles beherrschende Zielvorstellung gewesen, die nur zeitweilig vor andern das augenblickliche Denken bestimmenden, aber zu ihr gehörigen Vorstellungen in den Hintergrund des Bewußtseins trat. Nun ist sie zu einem Erlebnis geworden und hat dadurch an bestimmtem Inhalt unendlich gewonnen und starke Gefühlsbetonung erlangt, aber mit ihrer Verwirklichung ihre Eigenart als Zielvorstellung eingebüßt. Eine neue Zielvorstellung von ähnlicher Intensität, die eine gewisse ordnende Richtung in die aufsteigenden Vorstellungen hineinbringen könnte, ist vorderhand nicht da, so daß die bloße, nur durch die Ausgangvorstellung des bestandenen Examens bestimmte, ziellose Ideenassoziation Platz greift und den durch sie zunächst hervorgetriebenen Teilvorstellungen des Examens jetzt die der Gesamtvorstellung eigene Lust mitteilt. Dazu kommt die der Anstrengung des Examens folgende Ermattung, die zwar noch durch die Energie der bisherigen Zielvorstellung überwunden und deshalb subjektiv vielleicht nicht empfunden wird, aber das Aufkommen neuer Zielvorstellungen erschwert. In gleichem Sinne wirkt endlich der kurze Zeitabstand zwischen der Gegenwart und dem Erlebnis des Examens, der die Einzelvorgänge desselben dicht unter der

Schwelle des Bewußtseins und zum Wiederauftauchen bereit hält. Es liegen also eine Reihe ungemein deutlicher (im Sinne *Ziehens*) und durch engste assoziative Verwandtschaft nicht nur mit der Vorstellung des Examens, sondern auch untereinander verbundener Erinnerungen zum Auftauchen bereit, und schon deshalb erfolgt das Bewußtwerden jeder einzelnen dieser Vorstellungen auf Grund besonders zahlreicher und kräftiger Impulse, so daß einer jeden eine mehr als gewöhnliche Energie zuteil wird. Diese ist aber noch dadurch gesteigert, daß die vorhergehende Vorstellung selbst stark energiebeladen war, da die Energie, die die Examenvorstellung als Zielvorstellung besessen hatte, noch nicht verausgabt ist und sich als kräftiger Impuls von Vorstellung zu Vorstellung fortpflanzt. Dadurch kommt die Unruhe im Vorstellungsablauf zustande — es kämpfen zahlreiche, sehr intensive Erinnerungen um den Eintritt ins Bewußtsein — und zugleich die alles andere ausschließende Lebendigkeit, mit der jede derselben während ihres Verweilens das Bewußtsein ganz erfüllt. Was als Folge der intensiven Gefühlsbetonung erschien, erweist sich also zum großen Teile als Folge der Energie der Vorstellung, was auch daraus zu ersehen ist, daß die Gefühlsbetonung oft noch gar nicht erschöpft ist, wenn schon eine neue Vorstellung sich ins Bewußtsein drängt und die Gefühlsbetonung auf sich lenkt.

Mit der Zeit verringert sich die Energie der Vorstellung, und nun können sich auch Vorstellungen einfinden, die weniger eng mit der Vorstellung des Examens verbunden sind. Ihr Hinzutreten läßt dann die Vorstellungsenergie noch schneller absinken, weil jede ferner stehende Vorstellung ihre Impulse im wesentlichen nach anderer Richtung weitergibt. Sinkt gleichzeitig die Gefühlsbetonung, so kann allmählich der Gefühlswert sich mehr geltend machen und eine oder mehrere Vorstellungen von überragendem Gefühlswert auftreten. Dann ist die Voraussetzung zur Bildung neuer Zielvorstellungen gegeben, und neue, von freudiger Stimmung noch begleitete, aber weniger beeinträchtigte Überlegung kann einsetzen. Sinkt aber die Energie früher als die Gefühlsbetonung, besteht also letztere fort, ohne daß ihre Wirkung von der Energie der Vorstellung durchkreuzt wird, dann haben wir die Wirkung des Gefühls ohne die Gegenwirkung der Überlegung und ohne die störende Mitwirkung übermäßiger Energie. Der Vorstellungsablauf erfolgt ruhiger, d. h. in größerem Zusammenhang mit der Ausgangvorstellung und im allmählichen Übergleiten ohne plötzlichen, ruckartigen Wechsel. So bleibt der Lust die Zeit, sich in den einzelnen Vorstellungen und in ihrem Zusammenhange auszuwirken, ausgekostet zu werden, und erst wenn die Lustbetonung wieder sinkt, kommen andere Vorstellungen herauf, die dann ihrerseits sich mit Lust verbinden. Diese Ruhe ermöglicht als Nebenwirkung jene Verdeutlichung der Vorstellungen, die oben als Folge der Gefühlsbetonung angesprochen wurde. Es ist nicht das auf ein gegebenes Ziel gerichtete Überlegen, das in immer neue Vorstellungen hineinzieht, sondern ein gemäch-



liches Verweilen und Ausmalen von Einzelheiten, wodurch die Vorstellung deutlicher, lebendiger und zwar weitergeführt wird, aber keinem bewußten Ziele zu. Wollen wir einen — subjektiven — Zweck darin finden, so scheint es zunächst der zu sein, die vorhandene Lust zu erhalten und zu steigern, sie mit all den kleinen, besonderen Zügen zu nähren, sich ihre Beziehungen zu andern Vorstellungen zu vergegenwärtigen, mögen diese der Wirklichkeit oder der Phantasie angehören. Die Vorstellungen folgen sich daher nicht gleichsam auf vorgeschriebener, d. h. durch Richtvorstellungen bestimmter Linie, sondern frei von solcher Bindung, nur von der Ausgangvorstellung abhängig und in unbestimmter Richtung, wohin gerade die einfache Ideenassoziation führt, sei es innerhalb der herrschenden Vorstellung, deren Teile verdeutlichend, oder, wenn deren Lustgehalt sich zu erschöpfen beginnt, zu einer neuen, mit ihr verbundenen Vorstellung weiterschreitend und nun diese und ihren Zusammenhang mit der ersten verdeutlichend. Dabei sind es nicht nur Vorstellungen mit Lustwert, die herangezogen werden, sondern auch solche, deren Verbindung mit der Ausgangvorstellung Lust hervorruft, ja, diese positiven Formgefühle, die dem Zusammenhang entspringen, können die Lust an den einzelnen Vorstellungen weit überwiegen, so daß man manchmal wohl von einer „Lust zu fabulieren“ reden kann. Der Einfluß auf die Ideenassoziation ist also in der Tat eigenartig. Wie die Lust sich körperlich in Bewegungen, Mienen, Haltung, Änderungen im Gefäßsystem, der Atmung, der Drüsentätigkeit usw. ausdrückt und dadurch rückwirkend zu ihrer eigenen Erhöhung und Verlängerung beiträgt, so wirkt sie demnach auch auf die Vorstellungen mit der Folge, daß sie durch diese an Dauer gewinnt und womöglich gesteigert wird. Man kann daher auch diese Lustwirkung allenfalls als Ausdruck bezeichnen: in den Vorstellungen, die mit ihrer Hilfe hervorgerufen und festgehalten werden, drückt sich die Lust ebenso wie *in den* durch sie hervorgerufenen Bewegungen aus, und das gilt noch genauer von den Handlungen, die etwa durch solche Vorstellungen vermittelt werden. Was ich aus Freude über das bestandene Examen tue, mag ich etwa den Tag im Freundeskreis mit einer Bowle feiern, Arme beglücken, einen Spaziergang machen oder Briefe schreiben, ich tue es nicht einem fremden Zwecke zuliebe, sondern als Selbstzweck, weil es mir Freude macht, aus ihr entspringt und zu ihr führt, und dies Tun verdient die Bezeichnung Ausdruck noch mehr als die bloße Vorstellungstätigkeit, weil darin ebenso wie in den Ausdruckbewegungen meine Lust auch für andere erkennbar aus meinem Innern heraustritt. Zum Tun muß aber hier mehr als beim zweckgeleiteten Handeln eine äußere Anregung einladen; leichter drückt sich die Freude in Phantasievorstellungen aus, mag die Zukunft für sie die Unterlage abgeben oder die Gedanken sich noch weiter von der Wirklichkeit entfernen.

Auch diese Betrachtung führt somit darauf, daß die Wirkung der Lust auf die Vorstellungen in einer Verdeutlichung derselben besteht, also

auf der inhaltlich bestimmten Ideenassoziation beruht und nur dieser die besondere Richtung gibt. Wir haben also jetzt zwar die Wirkung des Gefühls ohne die Gegenwirkung der Überlegung und ohne störende Mitwirkung der Vorstellungsenergie, aber immer noch nicht frei von jeder Mitwirkung des Denktriebes, da dieser ja auch in der bloßen Ideenassoziation hervortritt. Nun gibt es jedoch eine Lust, die auch hiervon frei ist, die dumpfe, inhaltleere Freude, die sich gewöhnlich nur vorübergehend bei großer Lustintensität oder bei Erschöpfung einstellt, also dann, wenn die Lust so stark ist, daß der Antrieb der undeutlichen oder latenten Vorstellungen nicht an sie heranreicht oder doch zu schwach ist, um Vorstellungen deutlich zu machen oder über die Schwelle des Bewußtseins zu heben. Hier ruht der Trieb; selbst Empfindungen brauchen ihn nicht zu wecken, sondern können unter der Schwelle des Bewußtseins bleiben oder nur halbbewußt ohne Wirkung vorübergleiten. Die Aufmerksamkeit, auch die passive, ruht, so daß auch die Vorstellung, mit der die Lust verbunden war, allmählich an Energie verliert und undeutlich wird oder aus dem Bewußtsein verschwindet. Man kann dann von einer Wirkung des Gefühls nur insofern sprechen, als es Empfindungen und Vorstellungen nicht aufkommen läßt, sich ihnen gegenüber als einziger Bewußtseinsinhalt behauptet und sich damit auf eine gewisse Zeit Dauer verleiht. Dies vermag es, indem der körperliche Ausdruck, den es hervorruft, auf das Gefühl zurückwirkt und ihm so die Intensität erhält. Ob diese ausschließliche Wirkung des Gefühls oder eine gemischte Wirkung von Gefühl und Vorstellung eintritt, hängt also vom Verhältnis der Intensität des Gefühls zur Intensität der Vorstellung ab, und die Verdeutlichung im zweiten Falle gibt sich als Nebenwirkung der Lust, als gemischte Wirkung von Lust und Denktrieb, als Ausdruck der Lust in Vorstellungen kund.

Gewiß wird jene dumpfe Freude, jene vorstellungfreie Lust nur ganz vorübergehend oder bei längerer Dauer nur verhältnismäßig rein vorhanden sein, indem Vorstellungen, im obigen Beispiel namentlich die des bestandenen Examens, sich immer wieder eindrängen oder Ermüdungsempfindungen auftauchen. Sie gleicht darin der „tierischen“ Lust nach reichlicher Sättigung, die auch nur verhältnismäßig rein oder ganz ohne Vorstellungen und Empfindungen nur flüchtig sich einstellt, bloß daß bei dieser mehr Empfindungen als Vorstellungen sich einzumischen pflegen. Dort war der Trieb auf das Denken, hier auf Bewegungen eingestellt; seine Befriedigung und damit sein Abschluß führt reine Lust herauf, wenn nicht andere Triebe schon daneben bestehen oder jetzt lebendig werden.

Ebenso führt der Trieb, der infolge Ermüdung oder der Vorstellung, daß der Erfolg nicht zu erreichen sei, ohne Befriedigung sein Ende nimmt, Unlust herbei, und das Verhältnis wird hier nur dadurch verwickelter, daß nach der gewöhnlichen Annahme mit der Unlust eine Verlangsamung des Assoziationsvorganges verbunden ist, während die Lust mit keinen zeitlichen Veränderungen derselben einherzugehen scheint. Es wird daher



bei der Unlust jener dumpfe, von Vorstellungen ganz oder verhältnismäßig freie Gefühlszustand leichter eintreten und länger anhalten können; der Trieb, der sich in der Vorstellungsenergie äußert, wird leichter zur Ruhe kommen, während die einzelnen durch ihn heraufgeführten Vorstellungen und namentlich die Ausgangvorstellung — im obigen Beispiel die des mißglückten Examens — länger im Bewußtsein verharren. Im übrigen aber wird der Verlauf sich ähnlich gestalten und nur infolge der geringeren Anzahl der auftauchenden Vorstellungen die Verdeutlichung geringeren Umfang haben und deshalb noch einseitiger sein. Da aber, von jener Verlangsamung der Assoziation abgesehen, die Ablösung des vorhergehenden Triebes durch die Unlust in gleicher Weise wie durch die Lust, und zwar regelmäßig und, wenn ein anderer Trieb ausbleibt, trotz der Verschiedenheit der einzelnen Fälle im ganzen übereinstimmend vor sich geht, liegt es nahe, den Abschluß des Triebes mit dem Auftreten des Gefühls — des befriedigten Triebes mit dem der Lust, des unbefriedigten mit dem der Unlust — in ursächliche Beziehung zu setzen.

Das Gefühl stellt sich hiernach als eine Nachwirkung des Triebes dar, die die in ihm gesammelte Energie abklingen läßt und während dieses Abklingens zugleich eine einseitige Verdeutlichung der durch ihn hervorgerufenen Vorstellungen veranlaßt. Betrachten wir dies Ergebnis vom biologischen Standpunkt, fassen also seine Bedeutung für die Erhaltung des Organismus ins Auge, so ist eine rasche Herbeiführung der Ruhe gewiß nützlich, sobald das Ziel erreicht oder aufgegeben ist, weil dadurch unzweckmäßiger Kraftvergeudung vorgebeugt und Gelegenheit zur Erholung gegeben wird; der Nutzen ist aber größer, wenn die erst allmählich zur Ausgleichung kommende Energie die Ausgestaltung künftiger gleicher Triebe zweckmäßig vorbereitet. Eine solche Vorbereitung sehe ich nun in der einseitigen Verdeutlichung der Vorstellungen, die das Trieberlebnis *heraufge*führt hat, und ihrer gleichzeitigen Verbindung mit Lust oder Un*lust*. Es trägt dies wesentlich dazu bei, daß bei erfolgreichem Verlauf des Triebes diejenigen Teilhandlungen und diejenigen äußeren Umstände untereinander und mit der Zielvorstellung am engsten verbunden werden und Lustinhalt erhalten, die am häufigsten dabei aufgetreten waren, und das sind im allgemeinen solche, die in ihrer Verbindung den glücklichen Erfolg herbeigeführt oder begünstigt haben. So erfolgt eine Anpassung der Handlung an die Umstände, welche die Erreichung des Zieles begünstigen, und je mehr diese das Ziel haben erreichen lassen, je enger also ihre Erinnerungen der Vorstellung der Zielverwirklichung assoziiert sind, um so eher läßt ihre Wahrnehmung die Zielvorstellung auftauchen und zugleich die Vorstellung der Möglichkeit, auch jetzt das Ziel zu erreichen. Als besonders wichtig möchte ich dabei betonen, daß nicht nur die einzelnen Vorstellungen in ihrer Gesamtheit, sondern daß sie namentlich auch in ihrem Lustwert assoziativ miteinander verknüpft werden, weil diese Verbindung Gipfelpunkte der Energie betrifft und daher hirnphysiologisch

eine besonders starke Bahnung schafft. Umgekehrt steht es mit der Unlust nach erfolglosem Abschluß des Triebes. Diejenigen Umstände und Handlungen werden hierdurch in gleicher Weise besonders fest mit dem Verfehlen des Zieles verknüpft werden und daher künftig das Streben nach Verwirklichung abschwächen oder hemmen, die das Scheitern der Bemühung herbeigeführt haben, während die, die beim Gelingen und Mißlingen beteiligt waren, und deren Erinnerung sowohl mit der Lust wie mit der Unlust sich verbindet, hierdurch weder positiven noch negativen Wert erlangen.

Aber alles dies erklärt nur die Lust an der Zielvorstellung und an den Umständen, die zu ihrer Verwirklichung beitrugen, aber nicht die Lust zur Zielvorstellung, also das, was die Vorstellung zur Zielvorstellung macht. Damit diese zustande kommt, muß im Gegensatze zur Lustbetonung, die die Intensität der lustbetonten Vorstellung für sich verbraucht, der Trieb zur Verwirklichung in Bewegung geraten, sei es durch den ursprünglich erzeugenden Reiz oder von den Vorstellungen aus, die sich inzwischen mit der Vorstellung der Verwirklichung des Zieles assoziiert haben. Durch die Impulse, die von hier aus der Vorstellung der Zielverwirklichung zuströmen, findet der Trieb sein bestimmtes und bewußtes Ziel, und wenn nun auch die Möglichkeit der Erreichung des Zieles gegeben scheint, d. h. wenn die begünstigenden Umstände, deren Vorstellung nach obigen Darlegungen mit der Vorstellung der Verwirklichung des Zieles durch nahe assoziative Verwandtschaft verbunden ist, in entsprechenden Wahrnehmungen sich verwirklicht haben, ist die Bahn frei, auf der der Trieb abläuft.

So zeigt die Lust dem Triebe sein Ziel und hilft den geeigneten Weg zu diesem bahnen. Kann sie den Trieb auch nicht erzeugen, so doch ihn verstärken und den schwachen wirksam machen, und zwar um so mehr, je stärker sie selbst war und je mehr Lustinhalt daher die Zielvorstellung erlangt hat. Nur darf der Lustinhalt nicht oder doch nicht in erheblichem Maße in Lustbetonung übergehen, wenn der Trieb zur Handlung führen soll, weil sonst die Energie der Zielvorstellung sich in Intensität der Gefühlsbetonung umsetzt, statt sich der Vorstellung der Verwirklichung zuzuwenden. Um zu beidem, sowohl zur Gefühlsbetonung wie zur Verwirklichung, gleichzeitig auszureichen, muß die Energie der Zielvorstellung jedenfalls besonders groß sein.

Daß die Lust dem Triebe sein Ziel anzeigt, läßt sich auch so ausdrücken, daß im gegebenen Zusammenhange die Vorstellung mit dem größten Lustgehalt zur Zielvorstellung wird. Das muß jedoch nach zwei Seiten eingeschränkt werden. Einmal kann auch eine unlustbetonte oder mit negativem Wert ausgestattete Vorstellung die Führung übernehmen; dann wird zwar beim Handeln die Vorstellung der Abwehr und beim Denken die Vorstellung der Verdeutlichung des Zusammenhangs im Gegensatze zur unangenehmen Vorstellung der gegenwärtigen Lage Lustinhalt haben, falls überhaupt hierauf geachtet und der Gefühlsinhalt der Zielvorstellung



bewußt wird; da dies aber keineswegs sicher ist, wird das Ziel in diesen Fällen allein von der unangenehmen Ausgangvorstellung bestimmt und in der Abwehr ihrer Verwirklichung oder in der Aufhellung des undeutlichen Zusammenhangs bestehen. Zur Zielvorstellung wird also die Vorstellung mit größtem Lustinhalt im gegebenen Zusammenhang nur, wenn dieser nicht eine an Unlustgehalt überragende Vorstellung enthält, aus deren Inhalt sich eine andere Zielvorstellung ergibt. Ferner bewirkt die Gewohnheit des Denkens und Handelns, die auf enger assoziativer Verwandtschaft beruht, sehr häufig, daß zur Zielvorstellung eine solche mit geringerem oder gar keinem Lustgehalt, ja, mit Unlustgehalt, bestimmt wird. Dies wird namentlich der Fall sein, wenn ich etwas mir Unangenehmes soll und mich sofort zwischen Tun und Lassen entscheiden muß, ohne erst eine Verdeutlichung vornehmen zu können. Der Rekrut, der einem Befehl des Unteroffiziers gehorcht, tut dies im allgemeinen nicht, weil ihm das Gehorchen angenehm ist, sondern infolge einer Gewohnheit des Denkens und später auch des Handelns. Er hat die Vorstellung, daß er in seiner jetzigen Lage ohne Rücksicht auf eigenes Wollen gehorchen muß, sich oft genug in verschiedenen Zusammenhängen verdeutlicht, so daß zunächst die Vorstellung „ich muß", in der der Gedanke an die im Falle des Ungehorsams drohenden Folgen lebhaft mitschwingt, sofort den Inhalt des Befehls zur Zielvorstellung macht, während später auch der Gedanke an die Folgen und die Vorstellung des Muß nicht mehr dazu nötig ist und der Befehl automatisch befolgt wird. Die gleiche Gewohnheit bildet sich aber auch da aus, wo nicht ein äußerer Befehl, sondern das eigene Denken die Zielvorstellung schafft. Es kann also der Gefühlsinhalt durch die Gewohnheit, die auf starker assoziativer Verwandtschaft beruht, ersetzt werden, ja, beide können in Gegensatz geraten, zumal wenn bei Verzögerung der Handlung oder Überlegung der Gefühlsinhalt einer andern Vorstellung deutlicher hervortritt; er verändert dann das Ziel leicht, falls nämlich die in Betracht kommende assoziative Verwandtschaft dem Gefühlsinhalt gegenüber nicht stark genug ist. Hat ein solches Schwanken stattgefunden, so wird, wenn die angenehme Vorstellung gesiegt hat, meist nachträglich eine Überlegung anheben, ob man richtig gehandelt hat, damit aber die erste Zielvorstellung oft durch festere Verknüpfung mit andern Lust enthaltenden Vorstellungen ihre Eignung zur Zielvorstellung vergrößern oder die siegreiche Vorstellung durch neue Verknüpfung mit Unlust enthaltenden Vorstellungen, etwa mit den Folgen ihrer Verwirklichung, der Wirkung des Lustinhalts beraubt werden, so daß bei einer Wiederholung der Lage die erste Zielvorstellung, indem ihr Zusammenhang sich erweitert, ihre frühere Überlegenheit wieder erhalten kann. Geschieht dies nicht, so ist die Gewohnheit infolge ihrer Durchbrechung abgeschwächt, die ihr zugrunde liegende assoziative Verwandtschaft verringert.

Darin, daß die Lust dem Triebe sein Ziel anzeigt, liegt zugleich, daß



sie es nicht schafft, also nicht die Zielvorstellung bestimmt. Wir sahen eben, daß der Trieb die ihm durch assoziative Verwandtschaft vermittelte Richtung einschlägt, auch wenn das Ziel nicht als lustenthaltende Vorstellung ins Bewußtsein tritt. Aber auch, wenn der Lustinhalt die Zielvorstellung kennzeichnet, ist er für die Triebrichtung nur insofern von Bedeutung, als er gleich den andern Teilvorstellungen zur Verdeutlichung, zur Energieerhöhung der Zielvorstellung beiträgt und zugleich, was wichtiger ist, durch seine assoziative Verbindung mit dem Unlustgehalt der Lage, die dem Triebe früher vorherging, diese ins Bewußtsein ruft und hierdurch erst die Richtung des Triebes bestimmt. So kann die Speise, die ich, mit andern Gedanken beschäftigt, zufällig erblicke, mir ein bisher verborgenes Hungergefühl aufdecken oder unmittelbar den Gedanken, daß ich Hunger haben müßte oder bekommen könnte, herbeiführen und mich so zum Essen veranlassen. Damit hat sich dann der Trieb die Form des Bedürfnisses gebildet, die ich meinen früheren Ausführungen über Wahnideen im Völkerleben zugrunde legte. In ihr tritt die Triebrichtung ins Bewußtsein, bevor der Trieb zum Handeln oder Denken geführt hat. Während das Bedürfnis das Bewußtsein erfüllt, steht der Gefühlswert oder die Gefühlsbetonung im Vordergrunde des Bewußtseins, letztere tritt aber zurück, sobald das Handeln oder Überlegen kraftvoll einsetzt, das aus dem Bedürfnis hervorgeht. Und der Unterschiedsgrad zwischen der Unlust der Vorstellung der gegenwärtigen Lage und der Lust der Zielvorstellung, mag Lust und Unlust nun als Vorstellungsinhalt oder als lebendiges Gefühl auftreten, bezeichnet die Stärke des Bedürfnisses, die im Handeln oder Denken wirksam wird, falls dies sich unmittelbar anschließt, ehe andere Triebe oder Bedürfnisse die Lage verändern. Beruht die Stärke des Bedürfnisses auf Gewohnheit, so reicht die Lust und Unlust als Vorstellungsinhalt aus oder braucht überhaupt nicht ins Bewußtsein zu treten, um zum Handeln oder Denken zu führen; je weniger gebahnt aber die Wege sind, oder je mehr hemmende Vorstellungen dazwischentreten, um so mehr kann dann der Unterschied im Gefühls*ton* dazu beitragen, daß es trotzdem zum Denken oder Handeln kommt. Nur muß die Intensität des Gefühlstons sich dann in Energie der mit dem Gefühl verbundenen Vorstellung umsetzen.

Das Verhältnis zwischen Trieb und Gefühl ist also bei der Handlung folgendes: Der Trieb, der zum Ziele führt, löst Lustgefühl aus, das auf die Vorstellungen der das Gelingen begleitenden Vorgänge und Umstände irradiiert und so diese in der oben (S. 247) geschilderten Art, zumal bei öfterer Wiederholung, in immer nähere assoziative Verbindung mit der Zielvorstellung bringt. Ebenso ist die Ausgangvorstellung der gegenwärtigen Lage, die mindestens das erste Mal mit Unlust verknüpft war, mit der Zielvorstellung und ihrer Verwirklichung assoziativ eng verbunden. Der Unterschiedsgrad des Unlustwertes der gegenwärtigen Lage und des Lustwertes der Zielvorstellung macht dann die potentielle Stärke des nun ruhenden Triebes aus, da diese Gefühlswerte Folgen der vorhergehenden



aktuellen Triebe und der mit ihnen verbundenen Gefühle sind. In den Zusammenhang der durch den Trieb angeregten, abwechselnd deutlich hervortretenden und undeutlich mitschwingenden oder dicht unter der Bewußtseinsschwelle latent harrenden Vorstellungen gehören aber auch diejenigen, die bei früher erfolglos verlaufenen gleichen Trieben durch die Irradiation der Unlust dem Zusammenhang einverleibt waren. Alle diese Vorstellungen senden sich gegenseitig Impulse zu, und man kann Ausgangvorstellung und Verwirklichung der Zielvorstellung als dauernd energiebeladene Pole jenes Zusammenhangs betrachten, zwischen denen die Vorstellungsenergie hin und her wogt, im gleichen Abschnitt bald flutet bald ebbt. Die dem Bewußtsein zuströmenden Empfindungen, die sich in Vorstellungen dieses Zusammenhangs einfügen, erregen daher sofort die Aufmerksamkeit, d. h. die aus ihnen sich gestaltenden Empfindungsvorstellungen gewinnen die zum Hervortreten im Bewußtsein nötige Energie. Während die Handlung fortschreitet, ändert sich die gegenwärtige Lage, damit aber auch der vom Triebe beherrschte Umkreis der Vorstellungen: er verkleinert sich, wenn die Handlung sich dem Ziele nähert, und vergrößert sich, wenn Teilhandlungen scheitern und von neuem in Angriff genommen werden müssen. Die assoziative Verwandtschaft der Vorstellungen ermöglicht dem Triebe die Herrschaft über sie; je größer sie, namentlich infolge früherer Gefühlsirradiation, geworden ist, je mehr also die Herrschaft des Triebes über sie auf Gewohnheit fußen kann, um so weniger braucht der Gefühlsinhalt der Ausgang- und Zielvorstellung hervorzutreten, und um so geringere auslösende Energie ist zur Durchführung der Handlung erforderlich. Reicht aber die auslösende Energie zur Durchführung der Handlung nicht aus, so kann die Lustbetonung der Zielvorstellung oder die Unlustbetonung der gegenwärtigen Lage, mögen sie die Handlung unterbrechen oder sich während ihres Fortgangs entwickeln, die Handlung fördern, indem die *Intensität* jener Lust und Unlust sich in Vorstellungsenergie umsetzt und so die Triebkraft verstärkt. Im ersten Falle kann dann mit dem Schwinden des Gefühlstons die Handlung kräftiger fortgesetzt werden, im zweiten wird der Fortgang der Handlung weniger den Umständen angepaßt werden und deshalb weniger Aussicht auf Gelingen bieten, weil das Gefühl auf manche Vorstellungen irradiert und sie stärker hervorhebt, als zweckmäßig ist, aber die Handlung wird doch wenigstens weitergeführt, da immerhin ein Teil der Gefühlsintensität sich in Vorstellungsenergie umsetzt.

Etwas anders ist das Verhältnis von Gefühl und Trieb bei der Überlegung, die ja zunächst behufs zweckmäßiger Gestaltung der Handlung angestellt wird und den Weg zur Verwirklichung der Zielvorstellung verdeutlichen soll. Die gegenwärtige Lage, von der die Überlegung ausgeht, ist also die Undeutlichkeit eines Zusammenhangs, dessen Verdeutlichung für den Beginn oder Fortgang einer Handlung erforderlich ist oder doch ihr Gelingen wahrscheinlicher macht, und die Verdeutlichung dieses Zusammenhangs das Ziel der Überlegung. Es müssen demnach jene Vor-



stellungen, deren Zusammenhang undeutlich ist, so mit Energie geladen werden, daß sie die zwischen ihnen befindliche Vorstellungsmasse ihrer inhaltlichen Verbindung entsprechend ins Bewußtsein heben und auf diese Weise verdeutlichen. Bei der Überlegung stellen also die führenden Richtvorstellungen des Denkens, wie ich sie (S. 237) nannte, die Pole dar, zwischen denen die von ihnen ausgehende und durch sie in ihrer Richtung bestimmte Vorstellungsenergie hin und her wogt. Wenn ich dies Bild weiter ausführe, so sind die mitbestimmenden Richtvorstellungen des Denkens die Meridiane oder besser die Kugelausschnitte zwischen zwei Meridianen, die jene Pole miteinander verbinden. Die führenden und die mitbestimmenden Richtvorstellungen des Denkens erhalten ihre Energie von der Triebkraft der Handlung, in die die Überlegung eingefügt, oder von der sie angeregt wird. Die Energie der führenden Richtvorstellungen hebt nun mit Unterstützung der mitbestimmenden Richtvorstellungen die Zwischenvorstellungen und ihre Beziehungen ins Bewußtsein; in welcher Reihenfolge diese auftreten, und welche Beziehungen zuerst deutlich werden, ist weniger wichtig, die Hauptsache ist, daß überhaupt solche Zwischenvorstellungen und ihre Beziehungen hervortreten und an sie nun weitere sich anschließen können, während beim Handeln die Reihenfolge der Teilhandlungen meist durch die Anfanglage gegeben ist und strenger eingehalten werden muß. Dieser Unterschied folgt aber aus der Verschiebung der Pole, denn alles, was bei der Überlegung innerhalb des durch die Richtvorstellungen abgegrenzten Erinnerungsstoffes bewußt wird, trägt zur Verdeutlichung und damit zur Annäherung an die Zielvorstellung bei. Wie bei der Handlung Empfindungsvorstellungen, die sich dem Zusammenhang einfügen, in ihn hineingezogen werden, so bei der Überlegung Einfälle, die nicht oder doch nicht hauptsächlich von den Richtvorstellungen aus, sondern überwiegend durch Impulse von latenten Vorstellungen her, also infolge der Konstellation im engeren Sinne, ins Bewußtsein getrieben werden, aber hier sich inhaltlich dem Zusammenhange eingliedern und zur Fortführung der Überlegung geeignet erweisen. Einfälle, die in den Zusammenhang nicht eingreifen, werden abgewiesen, d. h. gliedern sich dem Zusammenhang nicht derartig ein, daß sie von vielen Seiten Impulse erhalten, und sinken daher rasch wieder ins Unbewußte herab. Wie die stockende Handlung, so kann auch die stockende Überlegung durch das Gefühl wieder belebt werden. Ihr Stocken beruhte darauf, daß die Richtvorstellungen an Energie verloren hatten. Diese kann ihnen durch Vermittlung der Unlust der Ausgang- oder der Lust der Zielvorstellung wieder aufgefüllt werden, indem Vorstellungen, welche das Unbefriedigende der gegenwärtigen Lage oder den Nutzen der Verdeutlichung zum Bewußtsein bringen, auftauchen und vielleicht auch vorübergehend den entsprechenden Gefühlston hervorrufen, dessen Intensität sich dann in Vorstellungsenergie umwandelt. Die Energie, die so der Ausgang- oder der Zielvorstellung zufließt, gibt von hier aus ihre Impulse an die Richtvorstellungen ab und befähigt sie, den durch sie gebildeten Zusam-



menhang wieder straffer anzuziehen und ihn in seinen Einzelheiten ins Bewußtsein zu heben.

Aber die Überlegung kann auch von der Handlung sich loslösen und unabhängig von dieser erfolgen. Die Zielvorstellung des Denkens, die Deutlichkeit eines Vorstellungszusammenhanges erlangt dadurch, daß sie in vielen Einzelfällen zum Gelingen der durch sie vorbereiteten Handlung beitrug, als Allgemeinvorstellung Lustwert und ebenso die Vorstellung der Undeutlichkeit, da mit ihr häufig ein Mißlingen der Handlung verknüpft war, Unlustwert. Ist dies geschehen, so kann die Überlegung auch dann eintreten, wenn sie unmittelbar das Handeln nicht fördert. So kann das Wissen Selbstzweck werden, und der Erkenntnistrieb hat sich vom Trieb zum Handeln abgezweigt, in den er ursprünglich eingefügt war.

Ich fasse zusammen: Mit Unlust — etwa der Kälte, des Hungers, des Schmerzes — hebt der Trieb beim Kinde an, aber er ist zunächst blind, d. h. ziellos. Erst durch solche Bewegungen, die die Unlust beseitigen und Lust herbeiführen, gewinnt der Bewegungstrieb für künftige ähnliche Fälle ein Ziel. Unlust und Lust begrenzen dann den Trieb und verhelfen ihm zugleich, wie oben gezeigt, zu einer günstigeren Benutzung der Umstände. Lust allein kann den Trieb nicht hervorbringen, die mit ihr verknüpfte Vorstellung nicht zur Zielvorstellung machen, sondern sie wird Lust zu deren Verwirklichung erst im Verein mit der unlustwertigen Vorstellung der gegenwärtigen Lage; erst mit dieser wird die Triebrichtung festgelegt und kann der Trieb durch die Energie zunächst der einen oder sogleich beider Vorstellungen lebendig werden. Ebenso ist es mit dem Denktrieb. Nicht Ausgang- oder Zielvorstellung, Undeutlichkeit oder Deutlichkeit eines Zusammenhangs allein, ob gefühlswertig oder gefühlsbetont, genügt zum Hervorrufen des Denktriebes; die Gefühlsbetonung der Ausgang- oder der Zielvorstellung kann wohl ein unlustiges oder lustvolles Ausmalen der jetzigen oder künftigen Lage zur Folge haben; den Denktrieb wecken kann nur eine Verbindung beider Vorstellungen, wobei keine oder nur eine von ihnen gefühlsbetont oder bewußt gefühlswertig zu sein braucht. Von dieser oder von beiden geht dann Energie auf die Richtvorstellungen über. Also der Trieb sowohl zum Handeln wie zum Denken bedarf der Festlegung von zwei Seiten, nur durch diese Doppelbindung wird eine bestimmte Triebrichtung geschaffen. Fehlt diese, so kann der Trieb wohl zu ziellosen Bewegungen oder zur bloßen Ideenassoziation führen, nicht jedoch zur Handlung oder Überlegung. Aber zur Doppelbindung des Triebes, zur Ausbildung der Triebrichtung und zu ihrer genaueren Ausgestaltung trägt wesentlich das Gefühl als Lust des Gelingens und als Unlust des Mißlingens bei.

5. Ich habe in vorstehenden Erörterungen reines Gefühl und reine Handlung oder Überlegung streng auseinandergehalten, um die Eigenart dieser Vorgänge im Gegensatz zueinander möglichst scharf hervortreten zu lassen. In Wirklichkeit ist beides häufig gemischt, und nur da,

wo Handlung und Überlegung mit stärkster Aufmerksamkeit einhergehen sind Lust und Unlust regelmäßig ausgeschaltet. Statt ihrer treten be der Aufmerksamkeit Spannungsempfindungen auf, „Intentionsempfindun gen", die zwar, je mehr sich die Aufmerksamkeit der Handlung oder Über legung zuwendet, um so mehr wieder aus dem Bewußtsein schwinden, abe immer wieder sich geltend machen, sobald man bei leichtem Nachlasse der auf die Handlung oder Überlegung gerichteten Aufmerksamkeit au sie achtet. Hat aber *Wundt* nicht recht, wenn er neben diesen Spannungs empfindungen auch ein Spannungsgefühl kennt? Die Spannung wird wenn man nicht an die Muskeln, namentlich der Stirn und der Augen denkt, gar nicht oder nur undeutlich und dann meist im Gehirn lokalisiert, aber auch dies wohl nur, weil wir uns gewöhnt haben, Aufmerksamkeit und Denken mit ihm in Verbindung zu bringen, und sie stellt sich auch ein, wenn man bei ruhigem Liegen und möglichster Erschlaffung der Muskeln überlegt, wie das des Nachts öfters geschieht, wenn man einschlafen möchte und gewissermaßen widerwillig nachdenken muß. Die Spannung kann dann entsprechend der Stärke des Denkzwanges sogar sehr lebhaft auftreten. Freilich gelingt hierbei auf die Dauer die Erschlaffung der Augenmuskeln wohl nicht ganz, aber selbst wenn man deren Anspannung als Ursache jener „Spannung" betrachten will, diese ist doch, solange die Vorstellung einer festgehaltenen Augenstellung nicht mitspricht, örtlich nicht bestimmt, und mit der Lokalisation fehlt ihr die Eigenart der Empfindung, sie wird nicht auf einen Reiz bezogen, der dem Bewußtsein von außen zugeht, sondern als Zeichen eines Zustandes oder Vorgangs im Bewußtsein empfunden, mit dem dieses auf gegenwärtige oder frühere Reize antwortet, sie bearbeitet oder zusammenfaßt. Zudem steht weder hier noch sonst die Stärke dieses Spannungsgefühls in einem auch nur annähernden Verhältnis zur Stärke oder Verbreitung der etwa gleichzeitigen Muskelspannungen. Wie diese während starker geistiger Spannung sehr gering sein können, so auch umgekehrt, ja, ich kann während der Lösung der Aufmerksamkeitspannung meine Muskeln kräftig zusammenziehen, ohne jenes Gefühl von neuem zu wecken. Ich halte auch aus diesen Gründen die Aufstellung eines Spannungsgefühls für berechtigt und möchte die Annahme keineswegs von der Hand weisen, daß es den psychischen Ausdruck jener besonderen Energieverteilung darstellt, die ich als Grundlage der Handlung und Überlegung betrachte, und daß es den muskulären Spannungsempfindungen nur ähnelt und von ihnen nicht klar gesondert wird, zumal beide gewöhnlich zusammen auftreten. Das Gleiche würde dann für das der Spannung folgende Gefühl der Lösung gelten in seinem Verhältnis zur Muskelerschlaffung. Diese Annahme scheint mir noch berechtigter dadurch, daß *Wundt* uns ein drittes Paar gegensätzlicher Gefühle kennen gelehrt hat, die Gefühle der Erregung und Ruhe (Depression), die noch viel weniger von Muskelempfindungen abgeleitet werden können. Wandert die Aufmerksamkeit unruhig von dieser zu jener Empfindung,



drängen sich zahlreiche Eindrücke dem Bewußtsein auf, ohne zu ruhiger Verarbeitung zu führen, so werden zwar auch bald diese, bald jene Muskeln, besonders solche, die die Sinnesorgane zur Aufnahme des Reizes geeigneter machen, bewegt oder stärker gespannt, und man könnte zunächst geneigt sein, die Empfindung dieser nach Ort und Stärke wechselnden Muskelerregungen als Quelle jenes Erregungsgefühls aufzufassen, zumal beides sehr häufig miteinander verbunden ist. Aber von solchen Muskelempfindungen unterscheidet sich das Gefühl der Erregung viel deutlicher als die Aufmerksamkeitspannung von der Empfindung der Muskelspannung, und da es auch mit der Empfindung seiner Wirkung auf Atmung und Kreislauf, so lebhaft diese zu seiner Steigerung beitragen kann, keineswegs zusammenfällt, möchte ich das Erregungsgefühl als Ausdruck rasch wechselnder Verteilung der Vorstellungsenergie auffassen, während das Gefühl der Ruhe einem mittleren und das der Depression einem trägen Wechsel derselben entspräche. Da aber das Wort Depression unwillkürlich sich mit der Vorstellung der Unlust verbindet, das Gefühl völliger Ruhe aber z. B. nach starker Gedankenarbeit mit Lust verknüpft sein kann, so scheinen mir Ruhe und Depression besser durch die Bezeichnungen mittlere und äußerste Ruhe ersetzt zu werden, oder man spricht statt von Depression von Ruhe im Gegensatz zu mittlerer und starker Erregung.

Den Zustand der Gehirnelemente, der dem Gefühl der Spannung und dem der Bewegung entspricht, kann man wohl mit dem Zustande der Muskeln, durch den die Spannungs- und Bewegungsempfindungen veranlaßt werden, zusammenhalten; ich setze aber statt der unbekannten Hirnvorgänge, die dem Haften und dem Wechsel der Vorstellungen entsprechen und vielleicht zugleich die physiologischen Korrelate der Spannungs- und Erregungsgefühle darstellen, die Vorstellungen selbst und ihre Energie ein. Dann würde der dauernden Muskelanspannung das Haften der Energie an einer oder mehreren Vorstellungen, der vorübergehenden stärkeren Zusammenziehung des Muskels der Auftrieb einer neuen Vorstellung entsprechen. Dieser Vergleich scheint um so mehr berechtigt, als ja die wechselnde Anspannung der Muskeln von Vorgängen im Rückenmark und weiterhin im Gehirn abhängt, die den dem Wechsel der Vorstellungen entsprechenden Hirnvorgängen voraussichtlich gleichartig sind. Wie nun das Zusammenarbeiten der Muskeln zu gemeinsamer Leistung durch ein bestimmtes Verhältnis dauernder mäßiger Anspannung und vorübergehender stärkerer, zur Bewegung führender Anspannung in verschiedenen Muskeln zustande kommt, wie etwa eine Greifbewegung dadurch entsteht, daß mehrere Armmuskeln sich in verschiedener Stärke zusammenziehen, während ihre Antagonisten sich in mäßiger, wechselnder Anspannung befinden und dadurch die Greifbewegung erst ermöglichen, so wird der Denktrieb geregelt, fällt die Überlegung geordnet aus, wenn die den Spannungs- und Bewegungsgefühlen zugrunde liegende Verteilung und Fortleitung der Vorstellungsenergie in zweckmäßigem Verhältnis zu-



einander stehen. Das Haften der Energie an den Richtvorstellungen erscheint dann vergleichbar der Anspannung der Antagonisten, die der Armbewegung den Halt gibt, und der rasche Wechsel in der Energie der Zwischenvorstellungen dem Wechsel des Kontraktionsgrades in den Agonisten. Wie aber Muskelspannungen stärkeren Grades Bewegungen hindern können, so kann auch Energie, die an einer Vorstellung zu stark haftet, ohne die nötigen Impulse an andere weiterzugeben, das Emportauchen anderer Vorstellungen und damit die Überlegung unmöglich machen. Aber auch ein zu rasches Übergleiten der Energie von einer zur andern Vorstellung, also ein zu rascher Wechsel der Vorstellungen würde die Überlegung stören, so daß sie in reiner Form mit mittlerem Ruhegefühl verbunden wäre.

Gerade diese Gefühle der Spannung und der Erregung tragen nun auch wesentlich zur Eigenart der Vorgänge bei, die wir als Gemütsbewegungen oder Affekte zusammenzufassen pflegen, während Lust und Unlust in ihrer Bedeutung hierfür sehr zurücktreten. Erregung herrscht beim Zorn, Spannung bei der Angst vor. Beide Affekte beginnen zwar mit Unlust, die Unlust geht aber in Zorn oder Angst erst über, wenn dort Erregung, hier Spannung die Herrschaft erlangt. Auch bei der Handlung und Überlegung ist Erregung, aber eine mittlere Erregung oder mittlere Ruhe, und Spannung, aber eine mittlere, auf mehrere Vorstellungen verteilte Spannung vorhanden — bei der Handlung auf Zielvorstellung und auf solche Wahrnehmungen, die für die Fortführung der Handlung wichtig sind, bei der Überlegung auf die Richtvorstellungen verteilt —, bei der Gemütsbewegung dagegen beherrscht anfangs meist nur eine Vorstellung das Bewußtsein — z. B. bei der Angst die der Gefahr, beim Zorn die der Kränkung —, auf welche die Spannung beschränkt ist, oder von der die Erregung ausgeht, und Spannung und Erregung überschreiten bei ausgeprägten Gemütsbewegungen jenes mittlere Maß. Dazu kommt in diesem Falle eine weit größere Einwirkung auf die Körpervorgänge, nicht nur auf Kreislauf und Atmung, sondern auch auf sonstige Bewegungen und auf die Drüsentätigkeit, und die Rückwirkung der hierdurch angeregten Empfindungen auf das Gefühl. Überlegung ist daher gar nicht oder nur in sehr beschränktem Maße möglich, sie wird gehindert durch den überwältigenden Ansturm innerer Empfindungen und durch die Stärke der Erregung oder der nur an der einen Vorstellung haftenden Spannung. So kann es zur automatischen Bewegung kommen: im Zorn wird der Gegner blindlings niedergeschlagen, in der Angst blindlings die Flucht ergriffen. Geschieht dies nicht, etwa weil der Affekt nicht stark genug ist, oder weil die durch ihn herbeigeführten körperlichen Zustände die Bewegung verhindern, so kann zwar die Zielvorstellung — beim Zorn Angriff, bei der Angst Flucht — ins Bewußtsein treten, aber statt der Ordnung in den Vorstellungen, die bei der Handlung oder Überlegung den Weg zum Ziel deutlich hervortreten läßt, kommt es zu ungeordneten, sich inhaltlich nicht aneinanderfügenden und sich daher nicht gegenseitig verdeutlichenden Vorstellungen.



Handlung und Überlegung einerseits, Gemütsbewegung andrerseits haben also das Gemeinsame, daß sie von Lust und Unlust ausgehen, daß jedoch dann die andern Gefühlspaare im Bewußtsein hervortreten, und daß die ihnen zugrunde liegende Verteilung und Bewegung der Vorstellungsenergie den weiteren Ablauf bestimmt, die Verteilung, indem sie den Bewußtseinsinhalt abgrenzt, die Bewegung, indem sie die Veränderung des Bewußtseinsinhalts bewirkt. Sie unterscheiden sich aber, wenn sie in reiner Ausprägung auftreten, scharf voneinander zunächst in der Form der Lust oder Unlust: dort ist die Stärke des Gefühlswertes, hier die Stärke des Gefühlstones für den weiteren Verlauf maßgebend. Und treten dann Spannungs- und Bewegungsgefühle an Stelle von Lust und Unlust auf, so stehen die Stärke und die den Spannungsgefühlen zugrunde liegende Verteilung der Vorstellungsenergie bei der Handlung und Überlegung in einem derartigen Verhältnis, daß ein nicht zu rascher Ablauf der Bewußtseinserscheinungen erfolgt, die Empfindungs- oder Erinnerungsvorstellungen also langsam genug vorübergleiten, um miteinander in Verbindung zu treten und so den Zusammenhang zu verdeutlichen, während bei den Gemütsbewegungen dies günstige Verhältnis fehlt. Bei einseitig starker Spannung verharrt die Anfangvorstellung im Bewußtsein, bei einseitig starker Erregung erfolgen bloße Assoziationen von der erregenden Vorstellung aus; dort ist der Vorstellungstrieb gehemmt, hier ziellos.

Ich habe wiederum Handlung und Überlegung wie Gemütsbewegung nur in ihrem reinen Verlauf betrachtet, während natürlich auch hier viel häufiger Mischungen vorkommen. Ich sehe von den Fällen ab, wo die Gemütsbewegung so schwach auftritt, daß sich Überlegung und Handlung sogleich an sie anschließen kann, oder wo die Handlung oder Überlegung durch eine sich einschiebende Gemütsbewegung unterbrochen wird, wo es sich also um ein Nacheinander handelt, und fasse nur ein gleichzeitiges Auftreten ins Auge. Dann beeinträchtigen sich Überlegung und Gemütsbewegung gegenseitig, Die Überlegung, wie etwa der Gegner gedemütigt oder die Flucht ergriffen werden kann, läßt wenigstens vorübergehend Zorn oder Angst geringer werden, kann aber selbst nicht gründlich angestellt werden, und ebenso fällt die Überlegung, in die ein Affekt eingreift, in dessen Sinne abwegig aus, ohne ihn doch, so lange sie fortgeführt wird, frei ablaufen zu lassen.

Wie Überlegung und Handlung, so kann auch Lust und Unlust mit Affekten gemischt auftreten. Lust kann in freudige Erregung, diese in reine Erregung, Unlust in unlustige und weiterhin in reine Erregung oder Spannung übergehen.

Von Affekten sprechen wir, wenn Erregung und Spannung überwiegen und einen ruhigen Ablauf der Bewußtseinserscheinungen verhindern. In ihren Verlauf können aber vorübergehend auch die Gefühle der Ruhe und Lösung eintreten, und ihr Abschluß wird durch sie gekennzeichnet. Doch auch ohne Affekt kann sich das Gefühl der Ruhe mit dem



der Lust oder Unlust verbinden, und zwar pflegt die Ruhe in Verbindung mit der Lust in mittlerer, in Verbindung mit der Unlust in größerer Stärke aufzutreten. Da nun das Gefühl mittlerer Ruhe meist auch einer mittleren und das Gefühl größter Ruhe (Depression) einer sehr langsamen Änderung im Bewußtseinsinhalt entspricht, so dürfte hierauf die — wie ich glaube, irrige — Ansicht beruhen, daß Unlust an sich mit einer Verlangsamung des Vorstellungsablaufs verknüpft sei, und jene so häufige Vereinigung von Unlust und Depression zu jener Ansicht geführt haben.

Spannung und Erregung bilden zusammen die Gefühlsmischung, die von uns als Aufmerksamkeit bezeichnet wird. Darauf deutet schon der Sprachgebrauch hin. Wir reden von ruhiger und erregter Aufmerksamkeit, von Anspannung und Lösung derselben, und die Selbstbeobachtung läßt in der Tat bei der Aufmerksamkeit jene Einzelgefühle herausfinden, während bei reiner Aufmerksamkeit von Lust und Unlust als Gefühlstönen nichts zu entdecken ist. Das Spannungsgefühl ist bei reiner Aufmerksamkeit, wie sie bei der Beobachtung, der Überlegung und Handlung vorhanden ist, sehr deutlich, daneben tritt aber auch das Gefühl mittlerer Ruhe hervor, und gleichzeitig findet die Verdeutlichung von Empfindungs- oder Erinnerungsvorstellungen statt. Bei starkem Affekt, wo die Erregung oder Spannung vorwaltet, oder bei Führung der Assoziation durch Lust oder Unlust allein kann man von Aufmerksamkeit in eigentlichem Sinne nicht wohl reden. Entgegengesetzt ist der Aufmerksamkeit die Bewußtseinslage beim automatischen Akt, sowohl dem ursprünglichen wie dem durch die Einübung und Gewohnheit ermöglichten. Zugrunde liegt der Aufmerksamkeit die Begrenzung des Triebes oder der Ideenassoziation, die dem Gefühle der Spannung, und die Bewegung desselben, die dem Gefühle der Ruhe oder Erregung entspricht. Besonders bei weiter Umgrenzung und lebhafter Bewegung kommt es zu der Form, die *Ziehen* als Vigilität bezeichnet, besonders bei enger Umgrenzung und langsamer Bewegung zu der Form, die er Tenazität der Aufmerksamkeit nennt (S. 212). Beide Formen sind begrifflich gewiß scharf zu trennen, sind aber in Wirklichkeit miteinander verbunden: die Tenazität des Schülers beim Lernen eines Gedichts, die darin besteht, „daß er, unbeirrt durch anderweitige Reize, seine Vorstellungen dauernd an das zu lernende Gedicht knüpft", bedarf als Ergänzung einer gewissen Vigilität, mittels deren die Aufmerksamkeit die verschiedenen im Gedicht vereinten Vorstellungen und Vorstellungsgruppen durchläuft, und „der Wächter, der bei dem leisesten Geräusch auffährt", und den *Ziehen* als Beispiel für die Vigilität der Aufmerksamkeit anführt, wäre hierzu nicht imstande, wenn nicht die Tenazität der Aufmerksamkeit seine Vorstellungen für äußere Eindrücke bereit- und von andern starken Vorstellungen fernhielte.

Spannung und Lösung, Erregung und Ruhe erweisen sich so als die Gefühle, die den Trieb begleiten, wenn er lebhaft und kräftig genug auftritt. In ihnen macht er sich dann ebenso bemerkbar, wie im Wechsel

und im Festhalten der Vorstellungen. Sie stellen das Triebmäßige dar, das wir im Wollen empfinden, und das ich daher nicht klar bezeichnen konnte, bevor ich diese Gefühle besprochen hatte. Wenn ich zu Anfang sagte: damit ich eine Bewegung wolle, genüge die Bewegungsvorstellung auch im Verein mit Zeitvorstellung und Intentionsempfindung nicht, es müsse noch etwas hinzukommen, was man eben als Trieb zur Bewegung bezeichne (S. 187), so läßt sich dies jetzt dahin erläutern, daß der Trieb zwar nicht selbst in unser Bewußtsein fällt, sich uns aber durch jene ihn begleitenden Gefühle kund tut. Und wenn ich später (S. 205) die Verwirklichungsvorstellung den Vorstellungsbestandteil im Wollen (einer Handlung) nannte, so kann nun auch der Gefühlsbestandteil des Wollens in jenen beiden Gefühlspaaren aufgezeigt werden. Sie machen das eigenartige Gefühl beim Wollen aus. Allerdings treten sie deutlich nur auf, wenn eben auch die Eigenart des Willens deutlich ausgeprägt ist, aber eben hierdurch zeigt sich, daß sie zum Wollen gehören. Je weniger beim Denken und Handeln der Wille in Anspruch genommen wird, je mehr das Handeln dem automatischen Akt, das Denken dem unwillkürlichen, „von selbst" erfolgenden Vorstellungsablauf sich nähert, um so weniger ausgesprochen sind auch jene Gefühle.

Wenn ich nun am Schlusse meiner Ausführungen das Verhältnis der betrachteten Bewußtseinsvorgänge zueinander von dem Standpunkte aus, der den Trieb und seine Entwicklung im Einzelleben zugrunde legt, gegenüber dem Standpunkt der Assoziationspsychologie zusammenfasse, so zeigt sich folgendes Bild. Der automatische Akt ist Wirkung des blinden, d. h. durch Bewußtseinsvorgänge nicht beeinflußten Triebes. Dieser schafft sich allmählich aus der ursprünglich verworrenen Empfindungsmasse durch Zusammenfassung und Trennung Ordnung in nach und nach fester und umschriebener werdenden Vorstellungen, die in Verbindung mit den Gefühlen der Lust und Unlust die allgemeine Triebrichtung und in einzelnen Fällen auch den besonderen Weg, den dieselbe einschlägt, bewußt machen. Ist der besondere Weg, auf dem diese Triebrichtung sich verwirklichen kann, nicht von vornherein gegeben, so kommt es bei geeigneter Verteilung der Vorstellungsenergie auf „Richtvorstellungen" zur Verdeutlichung eines zweckmäßig erscheinenden Weges durch Überlegung, bei der, wenn sie rein ausfällt, nur die Gefühlserinnerung (der Gefühlswert) Ausgang- und Zielvorstellung bestimmt, bei anderer Verteilung der Vorstellungsenergie dagegen zum Affekt, der in größter Stärke zum automatischen Akt führt, in geringerer nur vereinzelte und ungeordnete Vorstellungen auftauchen läßt, die den Weg nur flüchtig und undeutlich beleuchten; oder es kommt zur Herrschaft des Lust- oder Unlustgefühls, die in voller Ausprägung den Trieb ruhen läßt, sonst aber seine Richtung abändert.

Trotz mancher Einwendungen gegen die heutige Assoziationspsychologie möchte ich aber hervorheben, daß ich sie vom Standpunkte reiner Psy-



chologie aus als durchaus berechtigt ansehe und sie keineswegs mit einer ihr widersprechenden Trieb- oder Willenspsychologie vertauschen möchte. Nur halte ich einzelne Änderungen für notwendig, durch welche sie zugleich der andern, ebenso berechtigten Betrachtungsart sich einfügt, die vom Trieb ausgeht und für angewandte Psychologie sich vielfach als zweckmäßiger erweist. Ich denke dabei nicht nur an die Anwendung auf Fragen, wie die nach dem Entstehen von „Wahnideen im Völkerleben", die mich zu meinen Ausführungen veranlaßte, sondern namentlich auch an die Anwendung in der Psychiatrie. *Hans Laehr.*

Dr. Heinrich Kreuser †. — Wenige Tage vor dem Weihnachtsfeste des Jahres 1917 ist Obermedizinalrat Dr. *Heinrich Kreuser* im Alter von 62 Jahren infolge eines Schlaganfalles aus dem Leben geschieden. In der freien Natur der von ihm geliebten schwäbischen Heimat traf ihn, mitten in seine nie rastenden Gedanken und Absichten hineingreifend, der Tod. An seiner Bahre aber hat er eine große Zahl von Trauernden hinterlassen, seine Angehörigen, seine Freunde, seine Verwandten und Bekannten, seine Kollegen und nicht am wenigsten seine Kranken.

Heinrich Kreuser ist am 5. Januar 1855 als Sohn des praktischen Arztes Dr. *Kreuser* in Stuttgart geboren. Seine Schulbildung hat er in der Heimatstadt genossen zur Zeit, da Deutschland sich zu einer machtvollen Einheit zusammenschloß. Schon damals wurde sein Inneres von diesen Vorgängen mächtig bewegt, und von jener Zeit her mochte der Wunsch in ihm schon leben, sein ganzes Ich in den Dienst des geeinten Vaterlandes zu stellen. Wie sein Vater wurde er Arzt. Während seiner Studienzeit besuchte er außer Tübingen die Universitäten Kiel und Leipzig und lernte auf diese Art weite Gebiete und neue Volksstämme Deutschlands kennen. So sehr ihn alle äußeren Bande nach der engeren Heimat Württemberg zogen, so sehr war er bemüht, seinen Blick für die Welt draußen offen zu halten und sich nicht in engen Vorurteilen einzuschnüren. Er hat es daher geliebt, sich auf Reisen mit Sitten und Gebräuchen fremder Menschen vertraut zu machen.

Seit dem Jahre 1880 hat *Heinrich Kreuser* im Dienste des heimischen Irrenwesens und der psychiatrischen Wissenschaft gestanden; erst als Assistenz- und Sekundärarzt an der Kgl. Heilanstalt Winnental, dann von 1892 bis 1902 als Direktor der Heilanstalt Schussenried und seit 1902 als Direktor in Winnental. Berufsfreudig und tatkräftig ist er an das im Werden begriffene Arbeitsgebiet der „Irrenheilkunde" herangetreten, allmählich und immer sicherer ist er, von Erfahrung zu Erfahrung schreitend, zum Erfolge gelangt; und nur er selbst mag bei seinem Tode das Gefühl noch nicht gehabt haben, daß er auf der Höhe seiner Leistung stand, daß er stolz die Augen schließen durfte hinter dem, was er für so viele unglück-



liche Menschen, was er aber auch für seine Freunde und Angehörigen geleistet hat. — Es war sein Ehrgeiz, in allen Zweigen der psychiatrischen Wissenschaft auf der Höhe zu marschieren und alles sorgfältig zu prüfen, was an Altem über Bord geworfen, was an Neuem ans Tageslicht gefördert wurde. Sein klarer Blick verwehrte ihm, irgend etwas in starre schematische Formen zu pressen, und dieser Widerwille gegen Dogma und Schema hielt ihn davon ab, zum entschiedenen Verfechter einer bestimmten psychiatrischen Richtung zu werden. Er liebte es, das Positive, das Erfolgbringende in seinem Fach hervorzuheben! Das Schönste war für ihn als Menschenfreund die Heilung der Kranken oder, wenn es nicht dahin kam, ihre Besserung. Um das zu erreichen, ließ er nichts unversucht, was zum erstrebten Ziele führte. Die häuslichen Werkstätten in Schussenried und Winnental, die zahlreichen Unterhaltungsabende und die immer so froh verlaufenen Garten- und Herbstfesttage waren Zeugen dafür und sind vielen Kranken in ihrem dunkeln Dasein Abwechslung, Erholung und Grund zur Dankbarkeit gegen ihren Direktor gewesen. In beiden Anstalten hat *Heinrich Kreuser* sich hohes Vertrauen und reiche Liebe bei seinen Patienten erworben. Er nahm diese Anhänglichkeit als den schönsten Lohn seiner Arbeit! —

Sein starker Wille und sein unermüdlicher Fleiß trugen ihn immer wieder heraus aus dem engen Kreise von Schussenried und Winnental in das übrige Land, wo er für die aus der Anstalt Entlassenen durch einen Hilfsverein sorgte, wo er für das gegenseitige Verstehen der Psychiater und Juristen die Gründung einer jährlich tagenden Versammlung unternahm, in das Deutsche Reich, wo er durch seine Arbeiten sich Achtung und Ansehen bei seinen Fachgenossen verschaffte, so daß er seit dem Jahre 1899 in den Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie gewählt war. — *Heinrich Kreuser* war ein Mann, dessen völlig wahres und reines Denken und Arbeiten ihn im höchsten Grade zum Arzte befähigte. Er hat den Auszug aus seiner langen, praktischen Tätigkeit in seinem zuletzt erschienenen Buch: „Krankheit und Charakter" niedergelegt, nicht als ein theoretisch Belehrender, sondern als warmherziger Berater, der jedes einzelne dieser Kapitel selbst miterlebt hat, und der nun diese Erfahrungen und Erlebnisse von sich reißt, um andern damit zu nützen und zu helfen. Seine weite, lebensbejahende Menschenliebe übte er nicht nur seinen Kranken gegenüber, sondern auch seinen Angestellten, seinen Ärzten gegenüber. Gerechtigkeit, Offenheit nach oben und unten, und seine ruhige, verständnisvolle Umgangsart trugen ihm die Verehrung seiner Untergebenen ein.

Neben seiner dienstlichen und wissenschaftlichen Tätigkeit hat *Heinrich Kreuser* eine reich bewegte politische Laufbahn zurückgelegt, die mit seiner Reichstagskandidatur i. J. 1912 ihren Höhepunkt erreichte. Er hat sich der nationalliberalen Partei angeschlossen, nicht um Parteidienst und Parteigeist zu pflegen, sondern um den Boden einer Werbung für den deutschen Gedanken in dem heimischen Lande zu haben. Was



die breite Öffentlichkeit erst im Juli 1914 glauben wollte, daß Neid und Haß der Nachbarvölker unsern Frieden bedrohten, davon war er schon lange vorher überzeugt, und nichts konnte seinen Glauben erschüttern, daß wir für eine gute Sache kämpfen, und daß diese gute Sache den Sieg erringen werde! Zu Beginn des Krieges machte er als Chefarzt eines Lazarettzuges mehrere anstrengende Fahrten ins besetzte Gebiet mit, um auf diese Art seine Kräfte dem Vaterlande zur Verfügung zu stellen. Leider ist es ihm nicht vergönnt gewesen, den sieghaften Ausgang des Völkerringens selbst zu erleben.

Zwei tiefe Schatten liegen über *Heinrich Kreusers* Leben. Im Jahre 1898 starb seine erste Gattin, und der Krieg forderte von ihm im Frühjahr 1917 das Leben seines ältesten Sohnes. Sonst war das Leben in der Familie seine Erholung. Im häuslichen Kreise pflegte er seine naturwissenschaftlichen und kulturgeschichtlichen Interessen. Ausflüge an Sonntagen, Tagestouren im Württemberger Land, Reisen in die Tiroler Alpen waren sein und seiner Lieben Vergnügen. Er brauchte keine lange Zeit der Ausspannung, am Alltag war es eine Stunde Gartenarbeit, im Jahre die wenigen Tage reinen Naturgenusses auf seinen Wanderungen. Ebenso wie er körperlich nie müde war, so kannte er in der Sorge und Treue um Angehörige und Freunde keine Ermüdung. Um ihn erwuchs im Laufe der Jahre ein Kreis liebender Fürsorge, in dem er selbst bis zum letzten Tage seines Lebens noch immer mehr der gebende Teil war. Aus der Fülle seines großen inneren Reichtums schenkend fühlte er sich glücklich unter uns Menschen, und dieses Glücksgefühl hat ihm der rasche Tod nicht nehmen können, so erschütternd und überwältigend auch die Kunde davon für alle war, die ihn gekannt, verehrt und geliebt hatten. *Fritz Kreuser.*

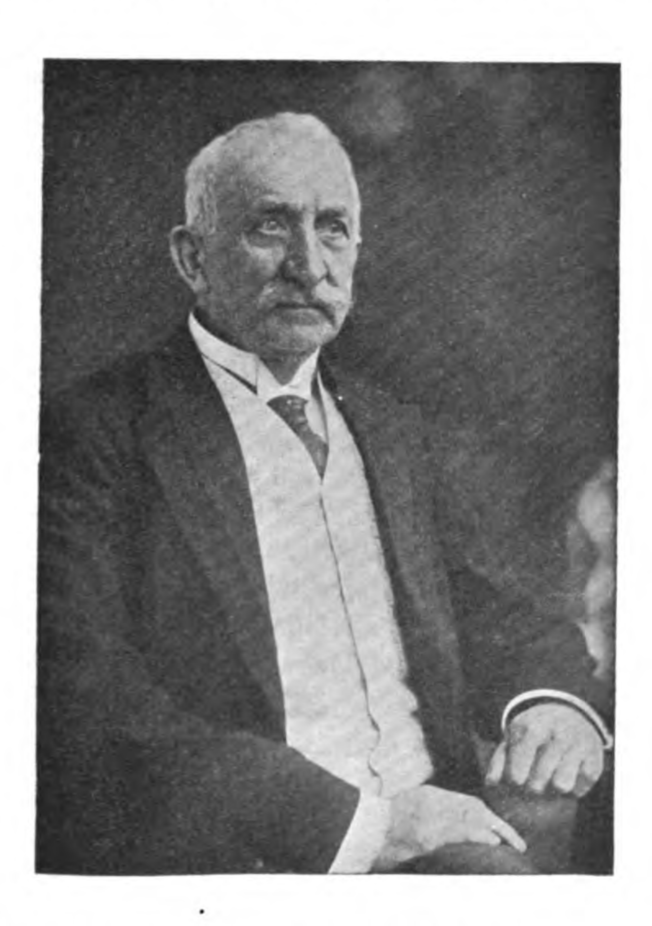
Hermann Hesse †. — Am 9. Januar 1918 starb ganz unerwartet infolge eines jahrelang bestehenden, nicht erkannten Nierenleidens der Geheime Sanitätsrat Dr. *Hermann Hesse* im 66. Jahre seines Lebens.

Nach bestandenem medizinischen Staatsexamen wurde *H.* während 2 Jahre letzter klinischer Assistent des inneren Klinikers Geh. Rat *Hasse* Göttingen, um dann am 1. Juni 1877 einem Rufe als Assistent an die *Ferdinand Wahrendorff*sche Privatanstalt für psychisch Kranke in Ilten Folge zu leisten und zugleich die Landpraxis der Umgegend zu versehen. Schon nach kurzer Zeit zeigte sich, daß die Person *Hesses* sich mit den dortigen Verhältnissen und Menschen unlöslich für alle Zeiten verquicken sollte.

Die echte, offenherzige Liebenswürdigkeit seines Wesens, die Tiefe seines Strebens, die sich gründete auf Pflichtbewußtsein und den unwiderstehlichen Drang, der Menschheit zu nützen und zu helfen, verband ihn bald unzertrennlich mit dem Gründer der Anstalt, mit den Patienten und mit allen denen, mit welchen er als Arzt und Mensch in Berührung

kam. Und diesen allen hat er dann die Treue seines Wesens bewahrt bis zu seinem letzten Atemzuge. Frei von jedem Eigennutz, ging sein ganzes Leben auf in Hingabe und Aufopferung für die Anstalt, an der er schaffte, sowie in treuer Fürsorge und Hilfe für die Nöte jedes einzelnen.

Verwandte Charaktereigenschaften und das gleiche Streben verband ihn bald mit dem Leiter der Anstalt in inniger Freundschaft und hatte zur Folge, daß *Hesse* binnen kurzem unmerklich aus der Stellung des Assistenten in die des jüngeren, aber sonst gleichwertigen Kurators überging.



In dieser Stellung hat *H.* dann mit Rat und Tat an der ganzen weiteren Entwicklung der Iltener Anstalt: des Pensionats, der Pflegeabteilung, der Durchführung der kolonialen Beschäftigung der Irren, dem Ausbau der Familienpflege, der Erweiterung der Anstalt bis auf ca. 1000 Betten, teilgenommen. Hierdurch wurden so große Anforderungen an ihn gestellt, daß er die ihm sonst so lieb gewordene Landpraxis aufgeben mußte. Doch ließ ihn die Liebe und das Vertrauen, welches er auch bei diesen Patienten genoß, nur schwer, zumal er auch bis zuletzt in Fällen der Not noch stets bereit war zu helfen bei Tag und Nacht. So guter und treuer Arzt der körperlichen Kranken er auch war, seine hervorragen-

de Begabung lag auf dem Gebiete der Behandlung der psychisch Kranken. Und hier hat *Hesse* in den 40 Jahren seines Wirkens in Ilten unendlich Großes geleistet. Unerschöpfliche Güte des Herzens, feinstes Taktgefühl, tiefstes Verständnis für Menschen in ihrem seelischen Empfinden, wie ihre Betätigung im Leben stellten ihn infolge seines großen, unermüdlichen Interesses, welches er jedem seiner Patienten entgegenbrachte, diesem nahe, so daß dieser sich seinem Einfluß nicht entziehen, daß er sich vielmehr mit seinem ganzen Vertrauen und Liebe an ihn hängen mußte.

Daher kam es auch, daß fast alle früheren Patienten unzertrennlich an *Hesse* hingen und in ihm für sich wie für die Ihrigen den Ratgeber für ihr ganzes Leben suchten und auch fanden.

Ein gleiches Vertrauen wurde *Hesse* von ärztlichen Kreisen entgegengebracht. Sein feines psychiatrisches Verständnis, sein scharfes Urteil veranlaßte die Kollegen von weit her, seinen Rat bei Konsultationen einzuholen; die jüngeren Kollegen, denen er in Ilten Lehrer ward, wußten stets seine freundliche Art zu rühmen, mit der er sie in den Sonderberuf eingeführt und zu Klarheit und Sicherheit den Patienten gegenüber geleitet.

Aber auch über den Kreis der Spezialkollegen hinaus ging die hervorragende Wertschätzung *Hesse*s. Als Vorsitzender des ärztlichen Vereins in Lehrte verstand er eine große Anzahl Kollegen aus Hannover, Celle, Hildesheim und andern Städten als Mitglied und regelmäßige Besucher des Vereins nach diesem sonst unbedeutenden Orte zu ziehen. Hier gab er ebenso die Anregung für fast jeden Vortrag wie er sich unermüdlich in der Anteilnahme für die Standesinteressen der Kollegen zeigte.

Das Vertrauen der Ärzteschaft ließ ihn Vorsitzender des ärztlichen Verbandes des Regierungsbezirks wie Mitglied und stellvertretender Vorsitzender der Ärztekammer werden.

Während *H.* so führend unter seinen Standesgenossen war, konnte sich auch sonst niemand dem vertrauenerweckenden Eindruck seines Wesens entziehen, und stets war er bereit, mit Rat und Tat zu helfen.

So standen an seiner Bahre Menschen jeden Standes von fern und nah. Sie alle hatten ihren Dank zu zollen, daß er ihnen geholfen hatte, daß er sie beraten hatte mit seinem Herzen, mit seiner Erfahrung, mit seinem klaren, scharfen Sinn. Der Pfarrer sagte ihnen, ihr Vater sei von ihnen gegangen.

Gerade bei *H.* ist es schwer, einzelne Leistungen aus seiner Gesamttätigkeit herauszuheben, so einheitlich war sein Wirken und seine Persönlichkeit, geprägt aus Pflichttreue, Tüchtigkeit und menschenfreundlicher Herzensgüte. Wie sein Haus als Heim auch allen Kranken stets offen stand, so waren bei ihm Familie und Kranke kaum zu trennen.

Die Psychiatrie kann stolz sein, einen solchen Mann den ihren genannt zu haben. *Rud. Wahrendorff.*



Dr. *Stefan Rosental* †. — Nach Warschau kam die Trauernachricht vom Ableben des Dr. *Stefan Rosental*, der als russischer Militärarzt in Moskau am 9. November 1917 verstorben ist. Derselbe war vor Ausbruch des Krieges wissenschaftlicher Assistent der Heidelberger psychiatrischen Klinik.

Während seiner fünfjährigen wissenschaftlichen Tätigkeit in München (im Laboratorium des Prof. *Alzheimer*) und in Heidelberg bei Prof. *Nißl* erwies er sich als vielbegabter, gewissenhafter und mit umfangreichen neurologischen und psychiatrischen Kenntnissen bewaffneter Arbeiter.

Aus der Anzahl von Arbeiten (20) mögen folgende hervorgehoben werden:

1. Ex[illegible]ntelle Studien über die amöboide Umwandlung der Neuroglia Hist. u. histop. Arbeiten von *Nißl* und *Alzheimer* Bd. VI, H. 1, 1913.

2. Zur Methodik der Schädelkapazitätsbestimmung mit Hinsicht auf einen Fall von Hirnschwellung bei Katatonie. Neurol. Ztlbl. 1914.

3. Zur Frage der klinischen Verwertbarkeit des *Abderhalden*schen Dialysierverfahrens in der Psychiatrie. Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1914.

4. Fall Wähler. Sonderabdruck aus den Beiträgen *Nißls*, 1914.

5. Über einen schizophrenen Prozeß im Gefolge einer hirndrucksteigernden Erkrankung. Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. XXV, 1914, H. 3.

Der Verlust dieses so hoffnungsvollen wissenschaftlichen Arbeiters wird tief empfunden von allen, die seiner Tätigkeit näher standen und seinen reinen Charakter näher kannten.

Stefan Rosental war als Sohn des Warschauer Psychiaters Dr. *Albert Rosental* im Jahre 1886 in Warschau geboren, absolvierte das Gymnasium im Jahre 1903, studierte dann in Breslau, Göttingen und Heidelberg. Im Jahre 1909 hat er das Doktordiplom c. exim. laude an der Berliner Universität erworben. Seine Dissertation „Über die Wahnbildung in der Melancholie" hat er bei Prof. *Ziehen* geschrieben. Er arbeitete dann bei Prof. *Biedl* und *Wagner v. Jauregg* in Wien, nachher 2 Jahre bei Prof. *Alzheimer* in München, endlich seit 1912 bis zum Ausbruch des Krieges an der psychiatrischen Klinik in Heidelberg.

Dr. *Albert Rosental*-Warschau.

Jahresvergütungen für ehemalige Trinker. — Die Landesversicherungsanstalt Pommern hat nach dem Vorgang der Versicherungsanstalt Rheinprovinz bereits seit einigen Jahren eine segensreiche Einrichtung getroffen: den an eine selbständige Trinkerfürsorgestelle angeschlossenen Enthaltsamkeitsvereinen und ebenso unter gewissen Be-

dingungen den Guttemplerlogen kann für jeden versicherten ehemaligen Trinker auf jedes volle Kalenderjahr seiner Zugehörigkeit zu einem solchen Verein ein Jahresbeitrag von 10 Mark gewährt werden. Daß die von richtigem sozialem Verständnis zeugende Maßnahme sich bewährt, kommt u. a. in der Steigerung der tatsächlich zur Auszahlung gelangten Jahresvergütungen („Enthaltsamkeitsprämien") zum Ausdruck: in den Jahren 1912—1916: 200, 390, 620, 890, 840 Mark. Auch für die zum Heeresdienst einberufenen Mitglieder wurde die Vergütung bezahlt, wenn und soweit man die Überzeugung gewann, daß sie der Sache treu geblieben sind. (Holitschers Korrespondenz.)

Dem Verein zum Austausch der Anstaltberichte ist die schwäbische Heilanstalt Günzburg a. Donau beigetreten. Ausgeschieden ist infolge Auflösung die Privatanstalt Wien-Oberdöbling.

Personalnachrichten.

Dr. *Franz Nißl*, o. Prof. u. Geh. Hofrat in Heidelberg, folgt zum 1. April einer Berufung an die Forschungsanstalt für Psychiatrie in München. Er und

Dr. *Walter Spielmeyer*, Prof. in München, werden an der Forschungsanstalt je eine Abteilung für Histopathologie der Hirnrinde,

Dr. *Korbinian Brodmann*, ao. Prof., bisher in Nietleben bei Halle, die Abteilung für topographische Histologie leiten;

Dr. *Felix Plaut*, Prof., ist als Leiter einer serologischen,

Dr. *E. Rüdin*, Prof., als Leiter einer genealogisch-demographischen u.

Dr. *Rudolf Allers*, Priv.-Doz., als Leiter einer chemischen Abteilung in Aussicht genommen, während

Dr. *Emil Kräpelin*, o. Prof. u. Geh. Med.-Rat, die psychologische Abteilung selbst zu leiten gedenkt.

Dr. *Wilhelm Fabricius*, Geh. San.-Rat, Dir. d. Prov.-Anstalt Düren, tritt in den Ruhestand.

Dr. *Otto Deiters*, San.-Rat, Oberarzt in Grafenberg, wurde zum Direktor der Prov.-Anstalt Düren,

Dr. *Ernst Schneider*, Oberarzt im Eichberg, zum stellvertretenden Direktor in Weilmünster,

Dr. *Viktor Mathes* in Wiesloch,

Dr. *Ernst Jäger* in Konstanz,

Dr. *Oskar Gelbke* in Pforzheim u.

Dr. *Albert Kühne* in Emmendingen zu Oberäzten ernannt.



Dr. *Heinrich Dannehl* ist als Oberarzt von Grafenberg nach Galkhausen,
Dr. *Ernst O. Böttcher*, Oberarzt, von Hohnstein nach Hochweitzschen u.
Dr. *Reinhold Schneider*, Oberarzt, von Untergöltzsch nach Zschadraß versetzt worden.
Dr. *Oskar Fischer*, Priv.-Doz. in Prag, ist zum ao. Professor,
Dr. *Max Fischer*, Dir. der Landesanstalt Wiesloch, u.
Dr. *Konrad Alt*, Prof., Dir. d. Landesanstalt Uchtspringe, sind zu Geh. Medizinalräten,
Dr. *Artur Schultes*, Oberarzt an der Landesanstalt Illenau,
Dr. *Wilhelm Holterbach*, Dir. der Kreisanstalt zu Homburg i. d. Pfalz,
Dr. *Gustav Kolb*, Dir. der Kreisanstalt zu Erlangen, u.
Dr. *Josef Hock*, Dir. der Kreisanstalt zu Bayreuth, zu Medizinalräten,
Dr. *Karl Werner*, Dir. d. Prov.-Anstalt Owinsk, zum Geh. Sanitätsrat,
Dr. *Paul Albrecht*, Dir. d. Prov.-Anstalt Neuhof,
Dr. *Franz Sklarek*, Oberarzt in Buch,
Dr. *Hans Ercke*, Oberarzt in Nietleben,
Dr. *Immanuel Hoffmann*, Oberarzt in Pfafferode,
Dr. *Josef Hoppe*, Oberarzt in Uchtspringe,
Dr. *Hans Lange*, dir. Arzt u.
Dr. *Wilhelm Weidenmüller*, Oberarzt d. Landesasyls Jerichow,
Dr. *Willibald Zappe*, Dir. d. Prov.-Idiotenanstalt Schleswig,
Dr. *Otto Wolf*, Dir. d. Privatanstalt Katzenelnbogen,
Dr. *Oskar Kohnstamm* in Königstein a. Taunus,
Dr. *Otto Beelitz*, leit. Arzt d. Tannenhofs b. Lüttringhausen,
Dr. *Emil Stallmann*, Oberarzt d. Prov.-Anstalt Andernach,
Dr. *Artur Siebert*, Oberarzt in Galkhausen, u.
Dr. *Alfred Peipers*, Dir. d. Privatanstalt Pützchen, sind zu Sanitätsräten ernannt worden.
Dr. *Karl Zinn*, San.-Rat, Dir. d. Landesanstalt Eberswalde, hat das Eiserne Kreuz am weiß-schwarzen Bande,
Dr. *Wilhelm Fabricius*, Geh. San.-Rat, Dir. d. Prov. Anstalt Düren, u.
Dr. *Adolf Schreiber*, San.-Rat, Oberarzt in Düren, haben den Roten Adlerorden 4. Kl.,
Dr. *Friedrich Baumann*, Oberarzt in Teupitz,
Dr. *Wilhelm Schott*, Anstaltsarzt in Sorau, u.
Dr. *Hans Laehr*, Geh. San.-Rat in Schweizerhof, die Rote Kreuz-Medaille 3. Kl. erhalten.
Dr. *Rudolf Scherenberg*, Oberarzt an der Prov.-Anstalt Suttrop, ist am 23. Oktober als Stabsarzt bei einem Garderegiment im Westen gefallen.
Dr. *Oskar Kohnstamm*, San.-Rat, Nervenarzt in Königstein i. Taunus, ist am 31. Oktober,
Dr. *Eduard Heß*, Oberarzt an der Dr. *Kahlbaum*schen Privatanstalt in Görlitz, am 14. November gestorben.



Dr. *Otto Schulze*, Oberarzt in Eberswalde, ist als Stabs- und Regimentsarzt am 6. Dezember 1917 vor Cambrai durch Schrapnellkopfschuß gefallen.

Dr. *Hermann Hesse*, Geh. San.-Rat, dir. Arzt der Privatheilanstalt Ilten, ist am 9. Januar 1918 im fast vollendeten 66. Lebensjahre,

Dr. *Ludwig Edinger*, Prof., Dir. d. neurol. Instituts am Senckenbergianum in Frankfurt a. M., am 26. Januar im 63. Lebensjahre gestorben. Ferner sind

Dr. *Hugo Hoppe*, Nervenarzt in Königsberg i. Ostpr.,

Dr. *Heinrich Landerer*, Hofrat, 2. Arzt am Christofsbad in Göppingen,

Dr. *Richard Klüpfel*, San.-Rat, Leiter der Nervenheilanstalt in Urach, gestorben.



0

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BLEULER ZÜRICH, BONHOEFFER BERLIN, FISCHER WIESLOCH, KLEIST ROSTOCK, MERCKLIN TREPTOW a.R., PERETTI GRAFENBERG, STRANSKY WIEN

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

VIERUNDSIEBZIGSTER BAND
4.—6. HEFT

AUSGEGEBEN AM 11. NOVEMBER



BERLIN W. 10
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1918

Preis des Bandes von 8 Heften (6 Hefte Originalien und 2 Hefte Literaturbericht) 32 Mark.


Heilanstalt Pützchen gegenüber Bonn am Rhein
Privat-Heil-u. Pflegeanstalt für Nerven-u. Gemütskranke der gebildeten Stände. 3 Ärzte.
Telefon № 229 Amt Bonn ••• Dr. A. Peipers, leitender Arzt und Besitzer

Etwas über Halluzinationen[1].

Von

Direktor Dr. **H. Bertschinger**-Schaffhausen.

Folgende Definition der Sinnestäuschungen scheint noch ziemlich allgemeine Gültigkeit zu haben:

Eine Halluzination unterscheidet sich von einer Wahrnehmung durch das Fehlen eines äußeren, realen Objektes. Eine Illusion entsteht durch unrichtige Auffassung einer realen Sinnesempfindung.

Als Beweis für den sinnlichen Charakter des Halluzinationsphänomens führt man die Beschreibungen an, welche besonnene Halluzinanten über ihre Sinnestäuschungen gaben, und die überzeugende Wirkung, welche diese auf den Kranken ausüben.

Zur Erklärung ihrer Entstehung nimmt man eine rückläufige Erregung der kortikalen Sinnesfelder an.

Die Annahme einer rückläufigen Erregung der Sinneszentren scheint mir trotz ihrer auf den ersten Blick bestechenden Einfachheit aus verschiedenen Gründen unannehmbar.

Ich werde später noch nachzuweisen versuchen, daß zur Erklärung des sinnlichen Anteils des Halluzinationsphänomens die Annahme einer solchen rückläufigen Erregung der Sinneszentren überflüssig ist.

Daß der Wirklichkeitswert, die überzeugende Kraft der Halluzination nicht eine Folge ihres Wahrnehmungscharakters, ihrer sinnlichen Deutlichkeit ist, wird neuerdings allgemein zugegeben.

Auch *Kräpelin* schreibt, die eigenartige Macht der Halluzinationen auf den Kranken könne nicht in ihrer sinnlichen Leb-

[1]) Nach einem Vortrag, gehalten an der 54. Jahresversammlung des Vereins schweizerischer Irrenärzte in Schaffhausen am 28. Mai 1917.



haftigkeit ihren Grund haben, sie wachse eher mit dem Zurücktreten ihrer alltäglichen sinnlichen Beschaffenheit, komme eher her von dem tiefgehenden, vielleicht unbewußten Zusammenhang mit geläufigen Gedankenkreisen, ihrer inneren Übereinstimmung mit den Befürchtungen und Wünschen der Kranken. Sie sei abhängig von dem Widerhall, den sie in der Seele des Kranken finden. Gerade die sekundären Halluzinationen besäßen deshalb die bei weitem größere Macht über Denken, Fühlen und Handeln der Kranken als die primären. Das komme daher, daß sie sein eigenstes Erzeugnis seien.

Die überzeugende Kraft hängt auch auf normal psychologischem Gebiet nicht von dem Wahrnehmungscharakter eines psychischen Erlebnisses ab.

Sicher ist auch für den Gesunden eine Wahrnehmung nicht ohne weiteres überzeugend.

Eine von starken Wünschen oder Trieben gestützte Überzeugung oder auch nur Annahme erweist sich sehr oft stärker, als eine ihr widersprechende Wahrnehmung, die der vorgefaßten Meinung zuliebe oft genug übersehen oder gefälscht wird.

Überhaupt wird der subjektive Anteil des Wahrnehmungsaktes noch immer allzu oft unterschätzt oder ganz geleugnet.

Aus seiner überzeugenden Kraft kann also der Wahrnehmungscharakter des Halluzinationserlebnisses nicht gefolgert werden.

Aber auch die Beschreibungen, welche man von besonnenen Kranken über ihre Sinnestäuschungen erhält, passen oft um so weniger zu wahrnehmungsähnlichen Vorgängen, je genauer und eingehender die Schilderungen sind.

Man hob deshalb schon lange bestimmte Arten von Halluzinationen, die sich mit der Definition objektloser Wahrnehmungen nicht recht decken wollten, als etwas Besonderes hervor.

Baillarger beschrieb psychische, *Séglas* psychomotorische, *Kahlbaum* abstrakte, *Hagen* Pseudo-Halluzinationen, bei denen allen es sich nur um lebhafte Einbildungen ohne eigentlichen Wahrnehmungscharakter handle.

Auch *Bleulers* extrakampine Halluzinationen enthalten ein Element, das nicht mehr in die genannte Definition hineinpaßt.

Kräpelin unterscheidet ziemlich scharf zwischen Perzeptions- und Apperzeptionshalluzinationen.



Die Perzeptionshalluzinationen oder Wahrnehmungstäuschungen sollen durch Eigenerregungen der Sinnesflächen des Gehirns infolge von Veränderung der Blutversorgung oder von toxischen Einflüssen entstehen und sowohl durch adaptionsähnliche Vorgänge infolge Ausschlusses äußerer Sinneseindrücke als durch schwache äußere Reize, die die Aufmerksamkeit nicht nach außen fesseln, sondern nur auf das betreffende Sinnesgebiet hinlenken, verstärkt werden. Sie sollen vom Willen unabhängig sein, gleichförmigen Charakter und vollkommene sinnliche Deutlichkeit haben. Die Abgrenzung gegen die Illusion sei im Einzelfalle nicht selten unmöglich.

Die Apperzeptionshalluzinationen oder Trugwahrnehmungen sind dagegen nach *Kräpelin* nichts anderes als Vorstellungen von besonderer sinnlicher Kraft und werden uneigentlich Sinnestäuschungen genannt. Freilich müsse noch eine Ursache hinzukommen, wenn eine Vorstellung die greifbare Deutlichkeit einer Wahrnehmung erhalten solle, und die nächstliegende Annahme sei eben eine rückläufige Erregung der Sinnesstätten im Gehirn, ein reperzeptiver Vorgang im Sinne *Kahlbaums*, der in geringer Stärke vielleicht auch beim normalen Denken stattfinde.

Nun können aber meines Erachtens Eigenerregungen der Sinnesstätten im Gehirn immer nur Empfindungen, keine Wahrnehmungen auslösen, und anderseits glaube ich, daß Vorstellungen, wenn sie noch so anschaulich sind, sich von Wahrnehmungen doch eben nicht nur dem Grade, sondern dem Wesen nach unterscheiden. Es fehlt ihnen eben die eine Wahrnehmung kennzeichnende Empfindungsqualität. Überdies gibt es doch sicher Vorstellungen ohne anschauliche Erinnerungsbilder, die viel eher Gefühle oder Einstellungen sind, als Reproduktion von Wahrnehmungen.

Es ist mir deshalb sehr wohl verständlich, daß eine lebhafte Vorstellung durch Assoziation mit einer endogenen oder exogenen Erregung eines Sinnesfeldes sinnlichen Charakter erhalten, wahrnehmungsähnlich werden kann, aber es ist mir unvorstellbar, daß rückläufige Erregung eines Sinnesfeldes allein eine Wahrnehmung resp. eine wahrnehmungsähnliche Halluzination hervorrufen könne.

Es läßt sich auch tatsächlich leicht nachweisen, daß bei toxischen Zuständen, wo doch bei gleichen Giften eine für alle Menschen qualitativ ungefähr gleiche Reizung der Sinnesfelder vorausgesetzt werden darf, der Halluzinationsinhalt, also das, was die Empfindung erst zu einer Wahrnehmung macht, individuell sehr verschieden ist und immer den eigensten Vorstellungen, Trieben, Wünschen des einzelnen Halluzinanten entspricht.



Beispiele dafür liefern die Alkoholdeliranten in Hülle und Fülle. Schon vor einer Reihe von Jahren hat aber *Huguenin* in einem Aufsatz im „Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte“ nachgewiesen, daß der Inhalt der durch Salizylvergiftung hervorgerufenen Gehörstäuschungen ebenfalls aufs engste mit den individuellen Erinnerungen jedes einzelnen Kranken verbunden ist. Also, auch das durch Salizyl hervorgerufene Ohrensausen wird erst zur Wahrnehmung, d. h. zur Halluzination, durch Mitwirkung höherer psychischer Funktionen, als die Reizung der Hörsphäre darstellt.

Ganz ähnliche Beobachtungen konnte ich bei einer bestimmten Abart von Halluzinationen des Gemeingefühls machen, die ich in Analogie zu den Körperreizträumen, Körperreizhalluzinationen nennen möchte.

Von zwei Frauen, die infolge von Struma an leichter Dyspnoe litten, halluzinierte die eine Männer, die sie erwürgen, die andere Drähte, die ihr um den Hals gelegt und von Amerika aus gespannt werden. Eine andere, die infolge von Emphysembronchitis dyspnoetisch war, hielt sich für eingemauert.

Der gleiche Reiz, Atemnot, erzeugte also in drei verschiedenen Fällen drei inhaltlich grundverschiedene Wahrnehmungstäuschungen.

Auch die bei Arteriosklerotikern nicht seltenen Hitzegefühle auf dem Scheitel werden oft zu von Fall zu Fall verschiedenen Wahrnehmungstäuschungen verarbeitet.

Spielen meines Erachtens also auch bei den Perzeptionshalluzinationen die Vorstellungen die wichtigere Rolle als die, sei es durch äußere Reize, sei es durch Eigenerregung in der Hirnrinde entstandenen Empfindungen, so glaube ich anderseits nicht, daß die Apperzeptionshalluzinationen, wenn sie sinnliche Schärfe erreichen, allein durch Vorstellungen erzeugt werden können, sondern bin der Ansicht, daß in diesen Fällen stets wirkliche Empfindungen mitspielen, die aber nicht auf rückläufiger Erregung der Sinnesfelder beruhen, sondern wirkliche, aber mit Bezug auf die Apperzeption unterschwellige Empfindungen sind.

Zwischen Perzeptionshalluzinationen und Apperzeptionshalluzinationen mit wirklich sinnlichem Charakter scheint mir also kein oder höchstens ein gradueller Unterschied zu bestehen, insofern



die Mitwirkung wirklicher Empfindungen das eine Mal sehr augenfällig ist, das andere Mal gesucht werden muß.

Damit ist aber auch schon gesagt, daß zwischen Halluzination mit sinnlichem Charakter und Illusion kein wesentlicher, prinzipieller Unterschied besteht.

An wirklichen, unterschwelligen Empfindungen, inklusive entotische Reize, fehlt es wohl nie so vollständig, daß gar kein Material vorhanden wäre, aus dem der sinnliche Anteil einer Halluzination geschöpft werden könnte.

Solche unterschwelligen Empfindungen, die nicht auf ihr wirkliches Objekt zurückgeführt, also nicht zu Wahrnehmungen werden können, scheinen sogar den direkten Anstoß zur Bildung von Sinnestäuschungen zu geben, sobald sie mangels überschwelliger Empfindungen, d. h. wirklicher Wahrnehmungen, deutlicher in Erscheinung treten, z. B. bei leichten toxischen und anderen Dämmerzuständen, in der Stille der Nacht, in Einzelhaft, aber auch beim Vorhandensein stärkerer gleichförmiger Geräusche, welche die Isolierung einzelner scharfer Wahrnehmungen erschweren, wie z. B. kontinuierliches Stimmengewirr vieler Menschen, einförmiges Rauschen von Wasser, gedämpfter Straßenlärm usw. lauter Umstände, die schon lange als halluzinationsbefördernd erkannt wurden.

Diese Überlegungen erlauben auch einen Beitrag zur Erklärung der Wahl des Sinnesgebietes, auf dem vornehmlich halluziniert wird, ein Problem, auf das ich in anderem Zusammenhang noch einmal zurückkommen werde.

Bei klarem Bewußtsein, in wachem Zustande und bei offenen Augen spielen unterschwellige Gesichtsempfindungen, die nicht ohne weiteres apperzipiert, d. h. zu Wahrnehmungen werden können, oder entoptische Reize nur ausnahmweise eine erhebliche Rolle, etwa in der Dämmerung oder in völliger Finsternis oder beim Hinsehen auf einförmige Flächen, Schneefelder, blauen oder gleichmäßig bedeckten Himmel, gewisse als unruhig bekannte Stoff- und Tapetenmuster u. dgl.

Infolgedessen ist das Gesichtsbild zwar das Hauptdarstellungsmittel des Traumes, Gesichtshalluzinationen aber spielen nur bei solchen Kranken eine wesentliche Rolle, deren Bewußtsein mehr



oder weniger getrübt ist, bei Toxikosen, epileptischen und hysterischen Dämmerzuständen, gelegentlich auch als sogenannte Vision im akuten Anfangstadium einer Schizophrenie. Bei besonnenen Geisteskranken sind sie dagegen sehr selten oder tragen deutlich Vorstellungscharakter ohne sinnlichen Einschlag.

Um so häufiger sind bei diesen Halluzinationen des Gehörs und Gemeingefühls. Gerade diesen beiden Sinnesgebieten fehlt es aber wohl nie an unterschwelligen Empfindungen, die von affektiven Vorstellungen aus zu Trugwahrnehmungen umgedeutet werden können. Irgendwelche Organempfindungen sind ja stets vorhanden und bei darauf gerichteter Aufmerksamkeit auch wahrnehmbar. Auch ist es sicher nie so still, daß nicht einmal das leiseste Geräusch das Trommelfell trifft, ganz abgesehen von den stets vorhandenen entotischen Geräuschen.

Das bekannte leise Sausen oder Rauschen in den Ohren, das gerade bei großer Stille wahrgenommen wird, glaube ich in mehreren Fällen als sinnliche Quelle gerade für scheinbar überlaute, als Lärm und Gebrüll geschilderte Gehörstäuschungen ansprechen zu müssen. Ein Kranker hört beständig Zurufe aller Abgestorbenen, die die ganze Atmosphäre erfüllen und ein betäubendes Geheul verführen. Will er aber etwas davon verstehen, so muß es trotz der Stärke der Stimmen ganz still um ihn herum sein und er mit gespanntester Aufmerksamkeit lauschen. Wie zum Beweis dafür, daß dem von ihm gehörten Lärm leise entotische oder wirkliche Geräusche zugrunde liegen, forderte er uns oft auf, mit dem Stethoskop an seinem Ohr zu horchen, und versuchte auch oft, die Stimmen der andern Kranken durch Auskultation ihrer Ohren selber zu vernehmen.

Zwei Kranke mit angeblich überlauten Gehörstäuschungen hören ihre Stimmen „vom Kanton Zürich“, eine vom „Schützenhaus“ her, alle also aus der Richtung, in der von uns aus gedämpfter Stadtlärm zu hören ist, und bei allen dreien nehmen die Halluzinationen in der Stille und nachts bedeutend zu und verschwinden am Tage oft völlig.

Die Kranke, welche ihre Stimmen vom Schützenhaus her hört, fügte noch bei, das sie unerklärlicherweise dabei immer an Dübendorf denken müsse, obschon der Herr, der zu ihr spreche,



in Luzern, also in ganz anderer Richtung, wohne. Die nächste Assoziation zu Dübendorf war aber Flugfeld, und das Schützenhaus ist die Tramendstation, von der aus man oft Propellergeräusch ähnlichen Lärm hört.

Alle vier Kranke lokalisieren ihre Stimmen in weite Ferne, in die Atmosphäre, den Kanton Zürich, nach Luzern. Das könnte vielleicht eine Erklärung dafür geben, daß die in Wirklichkeit ganz schwachen Geräusche als überlauter Lärm gedeutet werden, ähnlich wie wir gelegentlich eine dicht vor dem Fenster vorbeifliegende Mücke für einen in weiter Entfernung vorbeifliegenden Vogel ansehen können. Sehr schöne Beispiele für diese Art optischer und akustischer, auf falscher Entfernungsschätzung beruhender Täuschungen finden sich in den Erzählungen Edgar Allen Poes.

Eine recht häufige Quelle wirklicher Gehörsempfindungen, die akustischen Halluzinationen zugrunde liegen können, bilden Geräusche, welche im Magendarmkanal entstehen.

Eine meiner Kranken bekommt von Zeit zu Zeit Besuche ihres nicht existierenden Gemahles Georg. Sie sieht ihn zwar nie, hört ihn aber, weil er sich bei seinen Visiten „durch die Magendrüse“ mit ihr unterhält, d. h. aus dem Gurren ihres Magens kommt ihr die Stimme des Geliebten entgegen.

Eine andere hörte die Stimme des Sohnes, des Vaters und des Heiligen Geistes. Der Sohn wohnte unter ihrem Herzen und redete durch den Magen mit ihr, der Vater hielt sich in ihrer Speiseröhre auf und unterhielt sich mit ihr durch Rülpsen, der Heilige Geist aber hatte „die feinste Stimme und einen köstlichen Wohlgeruch an sich“ und sprach durch den Flatus zu ihr. Ein Kranker hörte Enten aus seinem Bauche heraus schnattern.

Viel schwieriger als für die akustischen Phänomene ist die wirkliche sinnliche Grundlage für die Halluzinationen der Körperfühlsphäre nachweisbar, da wir sie nur selten, wie z. B. bei den schon erwähnten Körperreiz-Halluzinationen, objektiv feststellen können, sondern meist indirekt erschließen müssen.

Viele, aber lange nicht alle, Halluzinationen sexuellen Inhaltes lassen sich ungezwungen auf wirkliche, von den Genitalien ausgehende Empfindungen zurückführen. Viele Kranke gebären bei jeder Periode, andere werden geschlechtlich mißbraucht usw.



Bei einer Kranken, die an Heißhunger leidet und geradezu unglaubliche Portionen verschlingt, halte ich das stets vorhandene Hungergefühl für die sinnliche Grundlage folgender Halluzinationen: Man saugt sie nachts aus, leckt ihr alle Kraft aus dem Körper, holt ihr Essen und Getränke immer wieder durch den Mund aus dem Magen heraus, saugt ihr Blut und Mark aus, zieht ihr Blut aus den Adern, reißt ihr Körperteile weg, nimmt Nieren und Leber fort, brät und ißt sie usw.

Noch schwieriger als für die Gefühlshalluzinationen ist der objektive Nachweis der sinnlichen Grundlage für Halluzinationen des Geruchs und Geschmacks. Es wird deshalb auch immer wieder betont, daß sich auf diesen beiden Sinnesgebieten Halluzinationen und Illusionen nicht unterscheiden lassen, womit doch wohl ohne weiteres die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit zugegeben wird, daß ihnen immer wirkliche Empfindungen zugrunde liegen.

Daß Halluzinationen eines Sinnesgebietes durch Reizung eines andern Sinnesfeldes modifiziert oder angeregt werden, ist bekannt. Einer meiner Kranken sah an der Zimmerdecke Engel und Täubchen in rhythmischer Bewegung, so lange er einen Wagen vorbeifahren hörte, andere Kranke spüren das „Kauen" einer unscharfen Schere im Herzen, das Geräusch der ins Schloß gesteckten Schlüssel, das Zuschlagen von Türen macht ihnen Schmerzen, eine Kranke „hört" ein Ticken im Mund wie von einem Holzwurm und meint, das rühre von dem Bohren her, das sie in einem kariösen Zahn habe. Man nennt diese Sorte Sinnestäuschungen Reflexhalluzinationen.

Ob aber Erregungen eines Sinnesgebietes für sich allein genügen, um Vorstellungen eines andern Sinnesgebietes, wenn dieses nicht auch irgendwie miterregt wird, wirklichen sinnlichen Wahrnehmungscharakter zu verleihen, kann ich nicht sicher beweisen.

Gewisse Beobachtungen scheinen dafür zu sprechen. *Maravsik* erzeugte durch Erklingenlassen von Stimmgabeltönen Gesichtshalluzinationen. Beim Gedankenlautwerden sollen Empfindungen in den Sprachmuskeln akustische Phänomene erzeugen. Im Traum werden Körperempfindungen in Gesichtsbilder umge-



wandelt. Bei den Sekundärempfindungen scheint sich etwas ähnliches abzuspielen usw.

Sicher ist aber, daß viele Kranke unter „Stimmen“ durchaus nicht nur akustische Trugwahrnehmungen verstehen und die gleichen inneren Erlebnisse bald akustisch, bald visuell, bald durch die Hautnerven und im Körper wahrzunehmen vorgeben.

Eine meiner Kranken „hört Stimmen“, die sie in den Kopf stechen, ihr in die Augen fahren und verdrehte Stellungen annehmen.

Ein Kranker will sich die „Stimmen“ herausschneiden lassen, weil sie ihn Tag und Nacht quälen, sich hinter seine Augen setzen, ihm die Aussicht nehmen, den Blick verdunkeln, Ohrensausen, Gliederzittern und plötzliche Schwere verursachen.

Eine Kranke mit unanständigen Stimmen verbindet sich oft die Nase, weil ihr, wie sie sagt, die „Stimmen“ beständig aus der Nase herablaufen.

Eine Kranke leidet an „telepathischer Verbindung“ mit einem Herrn, den sie durch „Spannung“, „Stromverstärkung“ und dgl. hören und fühlen kann usw.

Auch im normalen Denken kommen kaum einmal so zirkumskripte, isolierte Vorstellungen oder Begriffe vor, daß sie aus Elementen eines einzigen Sinnesgebietes zusammengesetzt wären, ja schon die einfachste Wahrnehmung braucht zu ihrem Zustandekommen mehr als bloße Empfindungen eines einzigen Sinnes.

Halluzinationen aber liegen doch sicher immer sehr komplexe Gefühle, Begriffe, Vorstellungen zugrunde, für deren Darstellung die Ausdrucksmittel eines einzigen Sinnesgebietes bei weitem nicht immer ausreichen, nicht einmal die des akustischen, dem doch die Sprache zur Verfügung steht. Aber auch sie vermag nicht alles auszudrücken, nicht einmal, wenn sie in so raffinierter Weise ausgenützt wird, wie es viele Kranke tun, die mit Ober- und Unterstimmen und dergl. operieren.

Sicher ist aber der Reichtum an Ausdrucksmitteln mitbestimmend dafür, daß das akustische Gebiet in so überwiegender Häufigkeit halluzinatorisch in Anspruch genommen wird.

Nur das optische Gebiet kann rücksichtlich der Darstellungsmöglichkeiten noch einigermaßen mit dem akustischen konkurrieren. Warum die visuellen Halluzinationen bei besonnenen Kranken trotzdem viel seltener vorkommen als Gehörstäuschungen, habe ich bereits erwähnt.



Die Ärmlichkeit der Ausdrucksmittel ist wohl auch der Grund, warum Gefühlshalluzinationen selten allein, ohne Mitbeteiligung anderer Sinnesgebiete, beobachtet werden können, und warum Geruchs- und Geschmackshalluzinationen eine verhältnismäßig unwichtige Rolle spielen, trotzdem gerade auf diesen drei Sinnesgebieten undeutliche, nicht zur vollen Apperzeption gelangende Empfindungen, wie sie nach meiner Ansicht zur vollen Ausbildung einer Sinnestäuschung mit sinnlichem Wahrnehmungscharakter notwendig sind, reichlich zur Verfügung stehen würden.

Die durch Geruch und Geschmack vermittelten Wahrnehmungen spielen eben für das Vorstellen und Denken des Menschen eine so untergeordnete Rolle, daß wir nicht einmal genügend spezifische sprachliche Ausdrücke für die Beschreibung der Geruchs- und Geschmacksempfindungen haben.

Für die Wahl des Sinnesgebietes, auf dem halluziniert wird, ist meines Erachtens also maßgebend, erstens ob mit Bezug auf Apperzeption unterschwellige Empfindungen vorhanden sind, die der Trugwahrnehmung als sinnliche Unterlage dienen können, zweitens, ob die dem betreffenden Sinnesgebiet zur Verfügung stehenden Darstellungsmittel geeignet und plastisch genug sind, um den Begriffen, Vorstellungen, Gefühlen, welche den eigentlichen Inhalt der Halluzination bilden, Ausdruck verleihen zu können.

In dritter Linie kommen bei der Wahl des Halluzinationsfeldes sicher auch individuelle Unterschiede in Betracht. Visuelle Typen, die zu anschaulichem Denken neigen, werden eher Visionen produzieren, sprachlich motorisch Veranlagte, die mehr begrifflich denken, werden akustische Halluzinationen bevorzugen.

Prinzipiell besteht aber kein Unterschied zwischen Halluzinationen der verschiedenen Sinne. Alle Trugwahrnehmungen sind sozusagen nur verschiedene Mittel zum gleichen Zweck, nur Modifikationen und Spezifikationen der gleichen Grundgefühle.

Ganz ähnlich ist es ja auch auf dem Gebiete des Kunstschaffens und -genießens. Auch die Kunst versucht Stimmungen, Gefühle, Vorstellungen darzustellen und wieder zu erwecken. Auch hier bleibt es sich im Grunde gleich, von welchem Sinnesgebiet die Darstellungsmittel hergenommen werden. Die gleiche



Stimmung, welche die Tonkunst akustisch, der Maler optisch darstellt, kann der Dichter durch sprachliche Mittel zum Ausdruck bringen. Während es aber dem Musiker nur beschränkt möglich ist, auch Begriffe und Vorstellungen darzustellen, während also die Musik mehr nur Stimmungen und Gefühle ausdrückt, arbeitet der Maler mehr mit bildlichen Darstellungen, die erst auf dem Umweg über die Vorstellung bestimmte Gefühle und Stimmungen erwecken. Daß die Malerei aber auch auf diese Mittel verzichten und direkt nur durch die Farbe, also rein optische Eindrücke, wirken kann, zeigt die moderne Kunstentwicklung. Dem Dichter endlich stehen in Rhythmus, Alliteration, Onomatopoesie usw. rein akustische Mittel, in der Schilderung indirekt visuelle Vorstellungsmittel und außerdem noch die ganze Fülle begrifflicher Umschreibung zu Gebote.

Auf dem Gebiete der Kunst erweisen sich die beiden höheren Sinne als einzig zur Darstellung von Empfindungen, Stimmungen, Vorstellungen geeignet, und das akustische Gebiet, inklusive Sprache liefert auch hier eine weitaus größere Fülle von Ausdrucksmöglichkeiten als das optische.

Wie gleichgültig aber im Grunde genommen die Wahl des Sinnesgebietes ist, mit dessen Mitteln die Kunst arbeitet, scheint sich mir auch darin auszusprechen, daß die Sprache bei Beschreibung eines Kunstwerkes Worte anwendet, die für gewöhnlich zur Bezeichnung von Empfindungen ganz anderer Sinne gebraucht werden, und zwar auch solcher der Haut- und Körperfühlsphäre, die nie direkt künstlerisch verwendet werden. Man spricht von Tongemälden, Farbentönen, Klangfarben, harten und weichen Farben und Tönen, von schweren und leichten Rhythmen usw.

Die Vieldeutigkeit und Unzulänglichkeit der Sprache ist aber auch schuld, daß es so schwierig ist, genau zu verstehen, was ein angeblich halluzinierender Geisteskranker im Grunde genommen erlebt, wenn er uns seine Stimmen, Visionen und anderen scheinbar wahrnehmungsartigen, inneren Erlebnisse schildert. Ein anderes Darstellungsmittel als die Sprache steht ihm ja meist nicht zur Verfügung, und dieses einzige Mittel wird oft noch in recht unbeholfener, willkürlicher, unklarer Weise angewendet.

Sehr oft läßt sich nachweisen, daß Schizophrene, die ja auch



sonst dazu neigen, Sache und Symbol als gleichwertig zu betrachten, Ausdrücke wie „Stimmen“, „sehen“, „fühlen“, „hören“ u. a., die eine Wahrnehmung zu bezeichnen scheinen, in übertragener Bedeutung anwenden, etwa so wie wir von der „Stimme des Blutes“, von „schreiendem Unrecht“ sprechen oder sagen, „der Kriegslärm stört uns an jeder friedlichen Arbeit“, „das Vaterland ruft mich“, „mein Magen sagt mir, es sei Essenszeit“ usw.

Kräpclin erklärt auf diese Weise die sogenannten „inneren Stimmen.“ „Einflüsterungen,“ „die Weltsprache,“ „das Gedenke,“ „das Telephonieren„ und „Telegraphieren“, die vom Kranken selber nicht als wirkliches Hören aufgefaßt werden.

In einem Falle gab mir eine Kranke, der beständig telephoniert wird, allerdings die bestimmteste Versicherung, daß sie die Herren, die ihr telephonieren, wirklich höre, aber es ist doch auffallend, daß sie vom Telephonieren stets in der Vergangenheit spricht. Sie sagt nie: man telephoniert mir, sondern immer: man hat mir telephoniert, ich habe am Telephon gehört usw.

Eine andere Kranke, die behauptete, alle ihre Nebenpatienten sagen ihr, sie sei schuld an ihren Krankheiten, antwortete auf die Frage, ob sie das wirklich höre: „Nein, aber ich kann es mir denken“.

Ein Kranker behauptete, er habe Schnaps in seiner Milch gehabt, er habe es deutlich gespürt. Aber auch bei ihm handelte es sich wahrscheinlich nicht um eine Geschmackshalluzination, sondern nur um eine nachträgliche Erklärung eines Gefühls von Denkhemmung, das ihn peinigt, denn bei näherem Befragen gab er an, er habe den Schnaps im Kopf gespürt, er sei nach dem Milchgenuß ganz dumm geworden.

Wie leicht auch Gesunde in den Fehler verfallen, innere Erlebnisse wie Wahrnehmungen zu schildern, kann man bei jeder Traumerzählung nachweisen. Was im Traum gesprochen wird, wird gewöhnlich so dargestellt, als ob es der Träumer wirklich gehört hätte. Nur ganz selten handelt es sich dabei aber um wirkliches Hören, meistens weiß man nur, was die im Traume handelnden Personen sagten, man hörte es nicht.

Ganz besonders oft scheint mir die Zweideutigkeit der Sprache eine Rolle zu spielen bei den sogenannten Reflexhalluzinationen, besonders wenn es sich um Trugwahrnehmungen der Körperfühlsphäre handelt. Wenn ein Kranker das Schlüsselgeräusch als Stiche im Herzen empfindet, einem andern das Geläut der Kirchenglocken Herzschmerzen verursacht, so ist das sicher oft nicht anders zn verstehen, als wenn ein Gesunder sagt „es gibt mir



jedesmal einen Stich ins Herz, wenn ich das und das sehe oder höre" usw.

Allerdings darf man die Bedeutsamkeit solcher stehender Redensarten für die Erklärung halluzinationsähnlicher Vorgänge nicht überschätzen.

Die Unzulänglichkeit der Sprache bringt es mit sich, daß auch sonst noch bloße Erinnerungen, Befürchtungen und anschauliche Vorstellungen nicht anders dargestellt werden können, als wie wenn es sich um Wahrnehmungen handeln würde.

Im Journal für Psychologie und Neurologie veröffentlichte *Kolarits* eine kleine Arbeit über „mehrfach geschichtete kombinierte visuelle Vorstellungen und ihre Analogie mit Kunstversuchen, Traumbildern, Halluzinationen".

Trotzdem er ausdrücklich von Vorstellungen spricht, kann er die von ihm beobachteten Phänomene nur so darstellen, als ob es sich um wirkliche Wahrnehmungen handeln würde. Er hebt u. a. ganz besonders die Durchsichtigkeit, den mit der Aufmerksamkeitsrichtung wechselnden Inhalt, die mosaikartige Zusammensetzung der Erscheinungen, das Über- und Nebeneinander räumlich und zeitlich in Wirklichkeit nicht zusammengehöriger Teile hervor und stellt damit gewisse Kinderzeichnungen und Erzeugnisse futuristischer Kunst zusammen.

Die genau gleichen, zu einer wirklichen, sinnlichen, optischen Wahrnehmung nicht passenden Merkmale zeigten aber auch alle optischen Trugwahrnehmungen besonnener Geisteskranker, über die ich näheren Aufschluß erhalten konnte. Auch ihr Inhalt wechselt je nach der Richtung der Aufmerksamkeit, auch sie sind nicht nur mit Bezug auf die wirklichen Objekte durchsichtig, sondern ihre einzelnen Teile überlagern einander, auch sie sind oft aus Bruchstücken zusammengesetzt und größtenteils extrakampin. Die Kranken sehen, während sie im Bett liegen, unter ihrem Bett Zigeuner, die Gesellschaft Knie, Herren, die an den Querstäben des Bettgestells die Bauchwelle machen, durch die Wände der Zimmer hindurch einen Herrn in Luzern in weißem Hemd, brauner Hose, roter Kravatte, aber mit undeutlichem Gesicht, oder ein Schlachtfeld und zu gleicher Zeit einen Waldsaum, eine Burg und darin sich selber mit einem Weib und außerhalb der Burgmauer wachende Männer usw.



Dem Kranken, von dem die letztgenannte Vision stammt, erschien aber zugleich auch noch an der Zimmerdecke die „Überzeugung“, d. h. er sah einen matten Lichtschimmer, der wohl auf einer richtigen Empfindung beruhte, und schloß daraus auf die Wirklichkeit, d. h. den Wahrnehmungscharakter seiner komplizierten Visionen. Ohne diesen „Überzeugungsschimmer“ hätte er das Ganze auch nur für eine Vorstellung gehalten.

Auch viel weniger anschauliche Vorstellungen, als sie solchen Pseudovisionen zugrunde liegen, ganz abstrakte Begriffe, diffuse, unbestimmte Gefühle, aber auch wirkliche Empfindungen werden von den Kranken häufig genug in einer Art mitgeteilt, als ob es sich um wahrnehmungsähnliche Halluzinationen handle. Ihre Darstellungsweise läßt den Beobachter oft ganz im unklaren darüber, ob sie von Wahnvorstellungen oder von Trugwahrnehmungen sprechen wollen.

Wenn männliche Kranke behaupten, alle Leute rümpfen über sie die Nase, weil sie nach Sperma riechen, weibliche, sie werden jede Nacht geschlechtlich mißbraucht, wenn mir eine Kranke, die etwas erhöhte Temperatur hat, erzählt, sie habe die Sonne und den Mond am Halse oder unter dem Kopfkissen, oder als sie eine Wunde am Arm hatte, es habe sie eine blonde Frau nachts am Arm gekratzt, wenn eine sagt, Gott sage ihr ganz leise, sie solle sich nicht fürchten, wenn Kranke Gift, Schleim und Dreck zu essen bekommen, so können sich hinter solchen Äußerungen ja vielleicht auch eigentliche Halluzinationen mit sinnlichem Wahrnehmungscharakter verbergen, aber es kann sich auch bloß um anschauliche Schilderung von Vorstellungen, Gefühlen oder wahnhafte Auslegung wirklicher Empfindungen handeln.

Meine Untersuchungen, die ich noch fortzusetzen gedenke, haben mich bis jetzt zu folgenden Anschauungen geführt.

Wahnvorstellungen und Halluzinationen dienen der Motivierung und Darstellung stark affektiver Spannungen, welche in den Kranken nicht durch bewußtes Erleben entstanden und ihnen deshalb unverständlich sind. Die Kranken haben aber das dringende Bedürfnis, die sie erfüllenden Gefühle und Vorstellungen kausal zu begründen, sie sich als Folge außerpsychischer Vorgänge zu erklären, auf äußere Veranlassungen zu beziehen, irgendwie zu



realisieren, nach außen zu projizieren, zu materialisieren oder wie man das nennen will, aber auch, sie irgendwie mitteilbar zu machen, etwa so wie der manifeste Trauminhalt die latenten Traumvorstellungen materialisiert und dadurch bewußt und mitteilbar werden läßt.

Es scheint, daß ein solcher Vorgang, d. h. eine mehr oder weniger gelungene Scheinerklärung einer unbewußt entstandenen und deshalb unverständlichen affektiven Spannung in vielen Fällen mit einem Gefühl der Erleichterung, Entspannung, Erlösung verbunden ist.

Werden zu dieser Motivierung, Materialisierung und Darstellung der aus dem Unbewußten stammenden Gefühle und Vorstellungen wirkliche Wahrnehmungen und Erinnerungen benutzt, indem diese im Sinne des vorhandenen Affektes gedeutet oder gefälscht werden, so entstehen Wahnideen.

Ein auf unbewußtem Wege entstandenes Minderwertigkeitsgefühl kann so zu Beziehungs-, Beeinträchtigungs- und konkreten Verfolgungswahnideen führen.

Das gleiche, ursprünglich ganz vage Gefühl kann aber auch eine nicht scharf aufgefaßte z. B. akustische Empfindung benutzen, um sich in einer Trugwahrnehmung mit sinnlichem Wahrnehmungscharakter zu manifestieren. Ein Kranker, der schon längere Zeit an Minderwertigkeitsgefühlen und daraus resultierenden Beziehungswahnideen gelitten hatte, hörte z. B. plötzlich aus dem Stimmengewirr der Pariser Boulevards heraus „sale Allemand" rufen und hatte damit die lange gesuchte Erklärung für das ihn peinigende Gefühl.

Welches Sinnesgebiet in den Dienst des Halluzinationsprozesses gestellt wird, ist im Grunde genommen unwesentlich.

Das gleiche innere Erlebnis kann auf den verschiedensten Sinnesgebieten wenigstens teilweise halluzinatorisch dargestellt werden, so wie wir normalerweise von allen einigermaßen komplexen Begriffen und Vorstellungen die Anteile der einzelnen Sinnesgebiete loslösen und allein oder vornehmlich zur Darstellung benutzen können.

Die Bevorzugung des akustischen und unter anderen Umständen des visuellen Gebietes hat aber ihre guten Gründe.



Ohne Mitverwendung von wirklichen Empfindungen entsteht keine echte Halluzination, sondern nur anschauliche lebhafte Vorstellungen oder rein sprachliche Erklärungs- und Darstellungsversuche innerer Erlebnisse. Daß hiebei Sprachformen angewendet werden, die sonst zur Schilderung wirklicher Wahrnehmungen dienen, ist eine Folge der Unzulänglichkei der Sprache überhaupt, hat eine Reihe von Analogien auf Gebieten des normalen Seelenlebens und wird erleichtert durch die Tendenz der Geisteskranken, speziell der Schizophrenen, Ding und Symbol, wirkliche und übertragene Bedeutung der Worte gleichzusetzen.

Die Annahme rückläufiger Erregungen im Gehirn erscheint mir zur Erklärung der Halluzinationen überflüssig.

Zu ihrer Bildung benutzt der Kranke psychische Mechanismen, die an sich nicht krankhaft zu sein brauchen, sondern auch im normalen seelischen Geschehen eine Rolle spielen.

Die sogenannten funktionellen Geistesstörungen lassen meines Erachtens den Mechanismus des psychischen Apparates intakt. Es sind die Triebkräfte, welche diesen Apparat in Bewegung setzen, seine Bewegung erhalten und regulieren, welche durch den Krankheitsprozeß gestört werden.

Diese Triebkräfte sind aber die Affekte. Und da die Affekte letzten Endes aus den körperlichen Bedürfnissen und Trieben stammen, ist es nicht undenkbar, daß das anatomische Substrat funktioneller Psychosen gar nicht oder nicht nur im Gehirn zu suchen ist, sondern ganz anderswo.



Kritisches zu der Lehre von den Ursachen der Trunksucht.

Von

Kreisarzt Dr. **Finckh**, Osterode (Ostpr.).

Es erscheint mir zweifelhaft, ob die tiefsten Ursachen des Alkoholismus richtig erkannt sind. Unter den bekannten Schädlichkeiten des Nervensystems gibt es kaum eine, die nicht auch einmal gelegentlich als Ursache für die Entstehung der Trunksucht in Anspruch genommen wird. Nun lehren uns eigentlich die Erfahrungen, daß die Ursachen eines Krankheitsbildes um so eindeutiger bestimmt sind, je charakteristischer sich dieses aus der Gruppe der übrigen hervorhebt, sofern nur die Forschung die ausschlaggebende Ursache erkannt hat. Ihr gegenüber nehmen dann die übrigen Ursachen mehr oder weniger einen zweiten oder dritten Rang ein. Je mehr Krankheitsursachen also bei einem Krankheitsbilde nebeneinander als zu Recht bestehend angesehen werden, desto weniger genau — dieser Schluß drängt sich unwillkürlich auf — sind die einzelnen in ihrer Wertigkeit untereinander erkannt.

Wenn dieser Schluß richtig ist, so müßte also das Krankheitsbild der Trunksucht entweder in seiner klinischen Färbung nicht genau genug aus der Gruppe der übrigen Krankheiten sich abzeichnen, oder aber seine Ursachen sind nicht richtig gegeneinander abzuschätzen, und das ausschlaggebende Moment unter ihnen ist bisher nicht ausreichend bezeichnet. Den ersten Einwand der ungenauen klinischen Umschreibung des Bildes dürfen wir ablehnen. Wie steht es nun mit dem zweiten, die Summe der wirksamen Ursachen betreffenden?

Wenn man sich mit der Erklärung abfinden wollte: die Trunksucht kommt vom Trinken, so wäre das etwa gerade so, als wollte man behaupten, die Armut komme von der Poverteh! So klug war



man bisher allerdings auch. Aber schon bei der nächsten Überlegung beginnen die Schwierigkeiten. Wenn die Trunksucht vom Trinken herkommt, warum werden dann nicht alle, die Alkohol trinken, Trinker? Die Menge des Getrunkenen konnte, das lehrt die tägliche Erfahrung, nicht das Ausschlaggebende sein, was den Trinker machte. Und nun fand die Wissenschaft ein ganzes Heer von wirksamen Ursachen, die hinzukommen mußten, um den Alkohol Konsumierenden zum Trinker zu machen: erbliche Belastung. Verführung, Gewöhnung, wirtschaftliche Mißstände, Kummer und Sorgen und noch eine Reihe anderer ungünstiger Einflüsse, die man alle gemeinhin unter der Bezeichnung der äußeren Schädlichkeiten zusammenfaßte. Sie alle werden oft nebeneinander als gleichwertige Schäden angeführt. Eine Trennung des Wesentlichen vom Nebensächlichen wird nicht versucht, und doch lädt die alltägliche Beobachtung und Erfahrung entschieden dazu ein. Es soll allerdings nicht geleugnet werden, daß z. B. *Kraepelin* drei Viertel der von ihm beobachteten Trinker als „in irgend einer Weise“ belastet bezeichnet. Andere wieder legen auf die Verführung und Gewöhnung ein besonderes Gewicht. *Kraepelin* läßt zum mindesten die Frage offen, ob Trunksucht auch ohne das Vorhandensein irgendwelcher Belastung nur durch den Einfluß äußerer Schädlichkeiten zu erwerben sei. Über die Art der Belastung spricht er sich wohl mit Absicht überhaupt nicht aus.

Welche Auffassung man auch verficht: ob ererbte Ursachen das Wesentliche an der Entstehuug der Trunksucht sind oder äußere Schädlichkeiten, wie Verführung, Gewöhnung, gemütliche Schädigungen, mißliche wirtschaftliche Verhältnisse oder was immer, überall tauchen Fragen, Zweifel und Bedenken auf, die einer näheren Betrachtung wohl wert sind.

Bleiben wir zunächst bei der erblichen Belastung stehen, so entspricht die Annahme ihrer Wirksamkeit ja der allgemein üblichen, derzufolge sie bei allen seelischen Störungen im Vordergrunde der Ursachenreihe steht, wozu dann im Laufe des Lebens allerhand mehr oder weniger wichtige Schädlichkeiten hinzukommen. In der großen Mehrzahl der Fälle nimmt *Kraepelin* auch für die Trunksucht dieses Zusammenspiel an, ohne aber im einzelnen ihr Verhältnis untereinander zu untersuchen. Nun lehrt aber eine einfache Erwägung, daß erbliche Belastung schlechthin zur befriedigenden Erklärung



nicht ausreichen kann. Sonst wäre es einfach nicht zu verstehen, daß nicht alle Belasteten, die in ihrem Leben mit dem Alkohol in Berührung gekommen sind, Trinker geworden sind. Daß dies aber nicht der Fall ist, weiß jeder. Selbst wenn wir zu der Belastung ungünstige wirtschaftliche oder gesundheitliche Verhältnisse oder psychische Traumen hinzuaddieren, so wird, wie wiederum die Beobachtung und Erfahrung lehrt, auch dann die Rechnung oft genug nicht stimmen. Die Gegenprobe für die Richtigkeit dieser Annahme besteht darin, daß ein in der gekennzeichneten Weise „Disponierter" nun auch mit der Sicherheit des Experimentes Trinker werden muß, sobald er mit dem Alkohol in nähere Berührung kommt. Es gibt aber Fälle gerade genug, in denen dieser Erfolg völlig vermißt wird. Gerade die Erfahrungen aber, die unsere Voraussage Lügen strafen, müssen uns stutzig machen, ob unsere Anschauungen nicht einer Verbesserung bedürfen. So ist es eine Tatsache, daß auch ganz schwer Belastete oft genug alles andere als Trinker sind, wie ein Blick in jede Irrenanstalt lehrt, und ebensowenig vom Schicksal irgendwie schwer Betroffene, die „nervös" sind. Es braucht damit an der großen Bedeutung der erblichen Belastung für die Entstehung der Trunksucht keineswegs gezweifelt zu werden, nur muß diese Belastung, die zur Trunksucht führt, von ganz anderer Art sein, und ebenso muß die Einwirkung des Alkohols auf das Gehirn eine ganz spezifische sein, da im allgemeinen es doch als Regel gelten darf, daß der Alkohol durch ein anderes Gift, z. B. Nikotin oder Morphium, nicht ersetzt werden kann. Daß diese besondere Art der Belastung mit dem Alkohol in einer sehr engen Beziehung stehen muß, ergibt sich aus der Tatsache, daß sehr häufig die Nachkommen von Trinkern selbst wieder Trinker werden.

Die Bedeutung der äußeren Schädlichkeiten als Ursachen der Trunksucht dürfte überschätzt werden. Wenn alle Menschen, die durch schwere Sorgen, wirtschaftliche Schwierigkeiten und Nöte bedrängt werden, Gewohnheitstrinker würden, so müßten diejenigen, die wirklich Nichttrinker sind, sehr bald zu zählen sein. Nicht anders aber steht es mit der Verführung und Gewöhnung. Viele Männer kommen zum ersten Male mit dem Alkohol in Berührung in einem Alter, das durch den Mangel an innerer Geschlossenheit sowie durch besondere Eindrucksfähigkeit und Bestimmbarkeit gekennzeichnet ist,

20*



und in dem zudem die Widerstandskraft gegen den Alkohol noch mangelhaft zu sein pflegt, andererseits der Alkohol bleibende schädliche Einwirkungen auf das noch in der Entwicklung befindliche Gehirn ausüben kann. In dieser Entwicklungsstufe müßte man eigentlich in ganz hervorragendem Maße gefährdet sein, Trinker zu werden. Wie ist es indes in Wirklichkeit? Für den akademisch Gebildeten ist es im allgemeinen die Studienzeit und das Verbindungsleben, in dem die Gefahren des Alkohols besonders nahe an ihn herantreten. Einem Alkoholgenuß, der das Maß des Guten weit zu überschreiten pflegt, frönen die meisten. Aber entwickeln sie sich alle zu Trinkern? Meistens nicht. Vielmehr kehren weitaus die meisten, wenn die Tore der Hochschule sich hinter ihnen geschlossen haben, zu einem vernünftigen Leben zurück und treten in einen Beruf ein, den sie dauernd auszufüllen vermögen. Nur ein ziemlich geringer Rest bleibt zurück, der die Bahn des geordneten bürgerlichen Lebens nicht erreicht, sondern im Alkohol allmählich verkommt. Das sind solche, die ganz bestimmte nervöse Mängel haben, für die sie Ausgleich im Alkohol suchen. Bei den anderen aber tritt auch keine Gewöhnung an den Alkohol in dem Sinne ein, daß der längere Zeit fortgesetzte Alkoholgenuß immer wieder neue Gaben dieses Reizmittels verlangte. Und doch müßte man eigentlich annehmen, daß Menge und Dauer des während der Studienzeit genossenen Alkohols hinreichen könnte, um eine Gewöhnung und ein Bedürfnis darnach hervorzurufen. Wenn man nun alle diese, die trotz jahrelangen nicht unerheblichen Alkoholgenusses doch nicht zu Trinkern geworden sind, nervös als vollkommen rüstig und gesund betrachten wollte, so würde man sich zweifellos in einem groben Irrtum befinden, wie jedermann weiß. Ebenso verkehrt wäre es, wenn man bei diesen Leuten einen besonderen Willens- oder sittlichen Akt annehmen wollte, der sie in der Studienzeit oder von einem bestimmten Zeitpunkt ab von einer als schief erkannten Bahn auf die ebene Straße eines soliden und geordneten Lebens zurückleitete. Nichts von alledem ist der Fall. Vielmehr bewirkt der Eintritt in ein geregeltes Berufsleben von selbst, ohne eine besonders gekennzeichnete „Umkehr" von der alten Gewohnheit studentischer Trinksitten, daß man es sich abgewöhnt, täglich so und so viel geistige Getränke zu sich zu nehmen, genau so wie man es sich, den herrschenden Bräuchen folgend, als Student angewöhnt hatte. Mit an-



deren Worten, man verläßt eine Übung, deren Ursachen lediglich äußere Anlässe und nicht innere, aus einer bestimmten nervösen Verfassung geborene Gründe, ein unwiderstehliches Bedürfnis nach Alkohol waren. Somit ist auch nicht zu erwarten, daß die Abwendung von studentischen Gewohnheiten bei solchen Leuten die Abstinenzerscheinungen des Trinkers erzeugt, der nichts mehr zu trinken bekommt. Die Herstellung des nervlichen Gleichgewichtes bedarf bei ihnen dieses Hilfsmittels eben nicht.

Auch die sittliche Haltlosigkeit und Willensschwäche als Ursache des Mißbrauches geistiger Getränke kann einer strengeren Betrachtung nicht standhalten. Der Mangel an sittlicher Reife und Festigkeit des Charakters ist doch eigentlich die spezifische „Krankheit" junger Leute. Wäre sie so unheilvoll, wie man glaubt, so würden die meisten nicht unberührt von der studentischen Trinkgewohnheit die Hochschule verlassen. Ebenso verkehrt wäre die Meinung, daß die als „Haltlose" charakterisierte Gruppe krankhaft veränderter Menschen, bei denen der innere Ausgleich in ihrem ganzen Leben niemals eintritt, die Hauptsumme der Trinker ausmachen würde, und daß also das Heer der Trinker sich im wesentlichen aus derartig schwankenden Naturen zusammensetzen werde.

Aber auch andere Leute, die ohne Frage schwer nervös sind, sehen wir keineswegs mit Notwendigkeit als Trinker endigen. Jeder Arzt kennt eine große Menge hochgradig nervöser Menschen, die niemals Trinker gewesen sind, es niemals werden, und die einen direkten Widerwillen gegen das gewohnheitsmäßige Trinken haben.

Wenn wir also auf der einen Seite es mit gutem Recht ablehnen dürfen, in der Verführung und Gewöhnung an den Alkohol oder in einer sittlichen und Willensschwäche die tiefsten Ursachen der Trunksucht zu suchen und zu finden, so ist es auf der anderen Seite auch nicht angängig, die hinlänglich bekannten Erscheinungen ererbter nervöser Minderwertigkeit für den Verfall in Trunksucht verantwortlich zu machen und ebenso wenig natürlich die Vereinigung beider Ursachenreihen. Wenn es auch richtig sein dürfte, daß unter den Trinkern mehr erblich Belastete sind als solche, bei denen von einer erblichen Anlage bislang nichts zu sehen war, so muß man trotzdem bekennen, daß die Zeichen ererbter Minderwertigkeit, die gerade zur Trunksucht führt, bis dahin in klinisch erkennbarer und abgrenz-

barer Weise einfach nicht bekannt sind. Es erscheint auch fraglich, ob unsere Erkenntnis einmal so weit vorschreiten wird, daß sie uns diese Gezeichneten sicher von vornherein erkennen läßt, so wünschenswert dies auch wäre.

Nach diesen Betrachtungen kann man es füglich ablehnen, daß die Trunksucht eine durch irgendwelche äußeren Umstände zu erwerbende Krankheit sei. Vielmehr muß man glauben, daß die eigentlichsten und tiefsten Gründe in der Struktur der einzelnen Person gegeben sein müssen, einer psychisch-nervösen Verfassung, die man nicht erwirbt, sondern hat. Und da nun alle bekannten Merkmale seelischer oder nervöser Abweichung nicht ausreichen, die zur Trunksucht führende Minderwertigkeit zu erkennen, daß also sie selbst auch wieder nicht die eigentliche Trunksuchtsursache darstellen können, so kommt man mit logischer Nötigung zu dem Schlusse, daß es sich um eine ganz spezifische, wenn auch klinisch nicht näher zu umschreibende Anlage und zwar meist um eine angeborene, ererbte Anlage handelt, und daß somit, anders ausgedrückt, der Trinker als solcher geboren wird. Er wird es in dem Augenblick, wo er zum erstenmal mit dem Alkohol in Berührung kommt. Bei ihm ist die Wirkung des Alkohols eine spezifisch andere als bei dem Alkohol konsumierenden „Nichttrinker", und zwar anders im Sinne der Abstinenzerscheinungen, die uns als greifbarste Folgeerscheinung seiner besonderen Veranlagung und seiner besonderen Alkoholreaktion vor die Augen tritt. Diese Auffassung tritt in schroffen Gegensatz zu der häufig gehörten, daß man Trinker werden, daß man das Trinken lernen könne.

Wie läßt sich nun diese Auffassung angesichts der Tatsache halten, daß sich die Trunksucht bei dem männlichen Geschlecht so sehr viel häufiger als beim weiblichen findet? Diese Frage ist geeignet, die Bedeutung der Ursachen zweiter Ordnung, der sogenannten äußeren Schädlichkeiten, zu studieren. Es ist natürlich abzulehnen, daß die eben erwähnte vererbte Veranlagung nur oder zum größten Teil sich bei den männlichen Nachkommen finde, während das weibliche Geschlecht meistens davon verschont bleiben sollte. Sie dürfte vielmehr bei beiden Geschlechtern etwa in derselben Häufigkeit vorhanden sein. Der Unterschied besteht nach meiner Meinung vielmehr darin, daß vor dem weiblichen Geschlecht doch ein ganz anderer Schutzwall steht als vor dem männlichen. Das weibliche Geschlecht



pflegt durch Erziehung, Sitte und Lebensgewohnheiten mit dem Alkohol längst nicht in solche Berührung zu kommen wie das männliche. Die Behütung der durch Anlage Gefährdeten begegnet somit auch wesentlich geringeren Schwierigkeiten bei ihm und zwar um so mehr, als sich die ganze Schwere der durch den Alkohol erzeugten bleibenden Gehirnschädigungen und der Abstinenzerscheinungen erst allmählich ausbildet und in ihrer Entwickelung durch rechtzeitige geeignete Maßnahmen bekämpfen läßt. Auch ist mit der Wahrscheinlichkeit zu rechnen, daß die Schwere der Veranlagung nicht immer und überall dieselbe ist, daß es vielmehr auch leichtere Grade gibt, und daß unter günstigen äußeren Verhältnissen der Träger einer solchen Anlage leichten Grades in der Tat dem Verfall in Trunksucht entgehen kann. Da nun die Gunst der äußeren Verhältnisse in erster Linie dem weiblichen Geschlecht zugute kommt, so mag sich daraus die Tatsache erklären, daß bei ihm die Trunksucht die seltenere Erscheinung ist. Diese Ursachen zweiter Ordnung haben also ihre nicht zu verkennende Bedeutung, müssen aber notwendig immer in zweiter Linie erst kommen, weil, wie wir gesehen haben, ohne die spezifische Veranlagung eben Trunksucht unmöglich ist. Ich denke mir die Lage ähnlich wie das Verhältnis zwischen Syphilis und dem Lähmungsirresein. Auch hier die überragende Bedeutung der Syphilis in dem Ursachengefüge, zu der aber unbedingt noch etwas hinzukommen muß, damit sich die Paralyse ausbilden kann. Vielleicht gehört sogar eine ganz besondere, nicht im einzelnen zu umschreibende Ansprechbarkeit der nervösen Substanz dem Syphilisgift gegenüber dazu, damit diese in der Form der Paralyse erkranken kann.

Die Bedeutung der Ursachen zweiter Wichtigkeit ergibt sich auch deutlich genug, wenn wir die Voraussage der Heilung oder Heilbarkeit der Trunksucht ins Auge fassen. Die schlechten Heilungaussichten der Trunksucht im allgemeinen werden unter der Annahme einer vererbten spezifischen Anlage ohne weiteres verständlich. Wer sie hat, ist unweigerlich, ob er will oder nicht, disponiert zum Trinken. Wirkt sie sich aus, so ist der Trinker fertig und immer wieder, sobald etwa nach einem Anstaltsaufenthalt wieder eine Berührung mit dem Alkohol eintritt. Eine Heilung im klinischen Sinne ist also grundsätzlich ausgeschlossen, denn die Anlage, wo sie einmal ausgebildet ist, dürfte kaum jemals auszumerzen sein. Eine wirkliche Heilung



könnte nur da behauptet werden, wo ohne Rückfall der Genuß geistiger Getränke möglich wäre, so wie beim Nichttrinker. Wo eine sogenannte Heilung eingetreten ist, kann es sich lediglich um eine solche hinsichtlich der sozialen Wirkung und der mehr oder minder vollkommenen Ausschaltung einer Reihe von körperlichen und seelischen Folgeerscheinungen des Trunkes handeln. Diese Heilung ist nur denkbar, wenn das betroffene Individuum durch völlige Abstinenz, besondere Gestaltung seiner Lebensverhältnisse sowie durch Erwägungen verstandesmäßiger und sittlicher Art künstlich einen Schutzwall vor sich aufzurichten vermag, der ihn gegen neue Auswirkungen seiner unglückseligen Naturanlage schützt. Ob die Errichtung dieser Schutzmauer ohne die Hilfe eines Anstaltsaufenthaltes lediglich aus eigener Kraft möglich ist, interessiert hier nicht. Allgemein gesagt wird aber die Wahrscheinlichkeit einer derartigen „Heilung" und die Dauer ihres Bestandes um so größer sein, wenn die ererbte Anlage nicht schwer und durch das Trinken keine erhebliche Steigerung erfahren hat, und weiter, wenn die bekannten Alkoholdefekte keinen zu hohen Grad erreicht haben. Der Maßstab für die Erfolge einer Anstalts- oder sonstigen Behandlung dürfte allerdings am wenigsten in der sogenannten Krankheitseinsicht zu finden sein. Dieses Zeichen trügt bekanntlich alle Augenblicke und pflegt zu versagen, sobald die Verhältnisse draußen sich irgendwie ungünstig gestalten. Das Krankhafte beim Trinker liegt ja auch nicht lediglich und wesentlich in Abweichungen des Willenslebens, sondern der eigentliche Schaden sitzt tiefer, unerreichbar vom Willen. Eine Vorhersage, die sich auf die Festigung des Willens stützt, hat also ihre sehr erheblichen Bedenken, weil sie meistens falsch ist. Und doch ist ein anderer brauchbarer Maßstab bislang leider nicht gefunden, wenn man sich nicht mit der ganz allgemeinen Erfahrungstatsache trösten will, daß der Bestand einer in der Anstalt erzielten Besserung um so sicherer gewährleistet erscheint, je länger der Anstaltsaufenthalt gedauert hat. Man kann sich dabei vorstellen, daß die durch die ererbte Disposition bedingte Reizschwelle für den Alkohol um so höher liegen wird, je mehr es unter dem Einfluß der dauernden Alkoholentziehung gelingt, die Disposition herabzudrücken. Jede Entlassung aus der Trinkeranstalt ist somit als ein Versuch anzusehen, dessen Gelingen sehr schwer im voraus zu bemessen ist. Die eigentliche und schwerste Trinkerbehandlung hätte erst nach dem



Aufenthalt in der Anstalt einzusetzen, in der nur die unumgänglich erforderlichen Voraussetzungen für ein alkoholfreies Leben draußen erzielt werden sollen. Draußen sollen ihm die Bedingungen geschaffen werden, die es ihm ermöglichen, das in der Anstalt Errungene zu bewahren und sich im Beruf und in der menschlichen Gesellschaft zu bewegen, ohne rückfällig zu werden. Leider können die Verhältnisse, die dem früheren Trinker das so unbedingt erforderliche alkoholfreie Leben gewährleisten, selten genug geschafft werden, schon aus dem Grunde nicht, weil eben immer und überall der Alkohol viel zu leicht für ihn erreichbar ist. Dem Ideal jeder Trinkerbehandlung kommt daher zurzeit der durch die Erlasse der stellvertretenden Generalkommandos geschaffene Zustand nahe, der es dem Trinker aufs äußerste erschwert, zum Alkohol zu gelangen. Die Beibehaltung und der weitere Ausbau dieser Bestimmungen nach dem Kriege wäre darum im Interesse des Volkes dringendst zu wünschen.

Behörden gegen die Trunksucht Untergebener.

Von

F. Schaefer, Lengerich i. W.

Es ist auffallend, daß trotz der nun schon 44jährigen Dauer der neueren Alkoholbewegung das Wesen des Alkoholismus von den Gebildeten und Berufenen noch so wenig begriffen wird. In den Verhandlungen, die bei Schaffung des Bürgerlichen Gesetzbuches stattfanden, hatte sich zwar ein Erfolg der Alkoholbewegung ergeben, insofern die „unwiderstehliche Sucht" zum Genuß geistiger Getränke als ein krankhafter Zustand anerkannt und hierauf die Entmündigung wegen Trunksucht nach § 6² gegründet worden war. Aber damit hat es sein Bewenden behalten; die Erkenntnis hat kaum eine weitere Frucht getragen. Ein Gesetz über die Zwangsunterbringung von Trinkern haben wir nicht erreichen können; die Entmündigung wegen Trunksucht ist, weil sie meist zu spät erfolgt, eine stumpfe Waffe im Kampfe geblieben, und noch heute kann man es erleben, daß die Ehe eines Trinkers mit der Begründung geschieden wird, daß die Trunksucht ein „ehrloses und unsittliches Verhalten" sei. Daß aber nicht allein Gerichte, sondern auch andere hohe und höchste Behörden in der Trunksucht noch immer nur den moralischen Defekt sehen, zeigt der hier mitzuteilende Fall. Man kann diese Verkennung, da beim Trinker als Folge der krankhaften Veränderung des Zentralnervensystems moralische Wirkungen in den Vordergrund treten, begreifen und muß dem Laien dieselbe jedenfalls eher verzeihen, als wir z. B. unseren Physiologen die Bezeichnung des Alkohols als eines „Nahrungsmittels" nachsehen können, welche sie demselben allein aus dem Grunde beizulegen pflegen, weil er im Blute teilweise verbrannt wird und Wärme liefert, eine rein theoretische und mißbräuchliche Verwendung des aus dem praktischen Leben stammenden Ausdrucks „Nahrungsmittel", welche schon viel geschadet hat. Der Alkohol ist



für den Menschen in der Hauptsache bekanntlich ein Nervengift, und daraus folgt alles andere wie von selbst.

Es soll zwar nicht geleugnet werden, daß es einen Unterschied zwischen „Trunkfälligkeit“ und „Trunksucht“, d. h. zwischen noch nicht krankhafter und ausgesprochen krankhafter Verfassung des Trinkers gibt. Der Unterschied deckt sich fast mit demjenigen zwischen einem nervös belasteten und einem nicht belasteten Trinker; der erstere wird schnell krank, der letztere langsamer; doch bringt auch dieser es mit der Zeit dahin, schwer krank zu werden. Aber statt wegen der Schwierigkeit, welche diese Unterscheidung oft bereitet, abzuwarten, bis die Krankheit deutlich genug und in ihren Folgen schwer genug ist, daß alle Hebel in Bewegung gesetzt werden, was meist soviel heißt, als daß dem Kranken nicht mehr zu helfen ist, sollte eben diese Schwierigkeit ein Sporn zur Aufmerksamkeit und zu frühzeitigem Eingreifen sein. Man kann bei genügender Aufmerksamkeit auch frühzeitig erkennen, wohin das Schiff des „Zuvieltrinkers“ steuert. Vielfach weist schon erbliche Belastung des Trinkers auf den Ernst seines Falles hin. Von ähnlicher Bedeutung ist es, wenn das Trinken bei früher soliden Personen nach Gemütsbewegungen (anhaltendem Ärger), nach Kopfverletzungen oder akuten Krankheiten eintritt. Sodann ist die als „Alkoholintoleranz“ bezeichnete abnorme Gemütsreaktion auf den Genuß von Alkohol zu beachten, ferner Mangel an Einsicht für den im Trinken liegenden Fehler, Nachlaß der Leistungsfähigkeit, Reizbarkeit, Eifersucht gegen die Ehefrau und andere Charakterveränderungen. Wenn Zeichen dieser Art vorliegen, so ist es hohe Zeit, einen Arzt zu Rate zu ziehen, der freilich, solange die praktischen Ärzte sich noch so wenig mit der Vorbeugung der Trunksucht befassen, meist nur ein Spezialist (Nervenarzt, Psychiater, Anstaltsvorsteher) sein kann. Meist wird sich schließlich die Unterbringung des Trinkers in einer Anstalt nicht vermeiden lassen. Auf der einen Seite besteht die Gefahr dabei, daß der Zeitpunkt verpaßt wird, in welchem dieselbe noch Hilfe bringen kann, auf der andern ist sie bei dem gewöhnlichen Widerstreben des Kranken gegen die Unterbringung um so schwieriger zu erreichen, als uns ein Gesetz über die Unterbringung nicht entmündigter Trinker noch fehlt.

Da sollte man denn wohl erwarten dürfen, daß unsere Behörden ein gutes Beispiel gäben und in allen Fällen,

in denen sie als Vorgesetzte mit trunkfälligen Untergebenen zu tun bekommen, sich des ärztlichen Gesichtspunktes erinnerten. Sie besitzen, eben als Behörden, gewisse Mittel der Einwirkung auf ihre Untergebenen, welche andern nicht zur Verfügung stehen, und sie können, wenn sie diese Mittel richtig anwenden, vorbildlich wirken. Sie können, statt Disziplinarstrafen anzuwenden, die doch meist zu spät kommen, auf die frühzeitige Aufnahme eines Beamten in eine Trinkeranstalt dringen und werden dieselbe, je nachdem, durch wohlmeinendes Zureden und etwaige finanzielle Beihilfe oder durch sanften und unsanften Druck eher erreichen können als Freunde und Verwandte.

Die Sache ist aber wichtig genug, daß die Behörden auch in ganz allgemeiner Weise zur Aufklärung über die Alkoholfrage unter ihren Untergebenen mitwirkten. Als Mittel der Aufklärung über dieselbe dienen bekanntlich die Mitgliedschaft bei alkoholgegnerischen Vereinen und das Lesen belehrender Schriften aus der Alkoholbewegung. Die Behörden könnten ihren Beamten die Mitgliedschaft bei den Vereinen empfehlen, und sie könnten Mittel zur Anschaffung belehrender Schriften zur Verfügung stellen. Überall, wo Beamten ein Lesezirkel oder eine Bücherei zu Gebote steht, könnte die Behörde die Kosten für Bücher und Zeitschriften über Alkoholfragen anweisen. Unter den Behörden, die in Betracht kommen, müßten die Medizinalbehörden und die Schulbehörden vorangehen, die ersteren, weil es sich um eine Angelegenheit der öffentlichen Gesundheitspflege handelt, die letzteren, weil jede Art von Belehrung und Aufklärung in den Bereich ihres besonderen Berufes fällt und die Lehrer die geeignetsten Personen sind, wenn es gilt, im Volke gewisse Überzeugungen zu verbreiten.

Endlich möge die Anregung gestattet sein, ob nicht alle auf dem Gebiete der Schankgesetzgebung und Trinkerfürsorge zu erlassenden ministeriellen Verordnungen als Aufgaben der Medizinalpolizei behandelt werden sollten.

Unter diesen Gesichtspunkten dürfte es sich rechtfertigen, den Fall eines Lehrers mitzuteilen, welcher wegen seiner Trunksucht lediglich als moralisch defekt beurteilt, ohne Gehalt seines Dienstes entlassen und im Wiederaufnahmeverfahren von mir begutachtet wurde.

Gutachten. — Der Lehrer a. D. S., geboren am 30. August 1876, stammt von einem Vater, welcher stark getrunken haben soll. Zwei Brüder



des Vaters sollen ebenso getrunken und ein dritter Vatersbruder soll sich förmlich zu Tode getrunken haben. Auch eine Schwester S.s starb an Trunksucht (Angaben des Vormundes).

Der Genannte hat in der Jugend keine erheblichen Krankheiten durchgemacht, bestand die Prüfung auf der Präparandenschule und die erste Seminarprüfung mit dem Durchschnittsergebnis „gut". Die zweite Lehrerprüfung bestand er nicht ganz so gut. Seine Führung auf der Präparande und im Seminar hatte keinen Anlaß zu Tadel gegeben.

Seine Lehrtätigkeit begann S. mit einer kurzen Vertretung in G. Dann war er in B., W. b. L. und von Juli 1897 bis 1913 in der Bauerschaft S. b. L. angestellt. 1898 diente er 10 Wochen beim Militär; 1902 heiratete er die Tochter eines Landwirts, von welcher er 3 Kinder hatte; eines derselben ist gestorben, das jüngste ist 1 Jahr alt.

Schon vor seiner Ehe trank S. oft zu viel. Nach verhältnismäßig geringen Mengen Bier wurde sein Wesen laut. Im ersten Jahre seiner Ehe bekam er Magengeschwüre und hatte zweimal starkes Blutbrechen. Nachdem er sich davon erholt hatte, enthielt er sich eine Zeitlang des Genusses geistiger Getränke, um aber allmählich wieder rückfällig zu werden. Nach dem Eindruck seiner Frau konnte er nach dem Magenleiden noch weniger Alkohol vertragen als vorher. Auch soll er schon damals vielfach schlechten Schlaf gehabt haben. Als er dann den jetzt wegen Trunksucht untergebrachten früheren Lehrer P. zum Amtsgenossen erhielt, wurde sein Verhalten ausschweifender; zumal wirkte nach der Beobachtung seiner Frau der Einfluß P.s nachteilig auf ihn, nachdem dessen Frau etwa im Jahre 1909 gestorben war. Das Trinken S.s spielte sich jetzt immer deutlicher in Perioden ab. Von Natur schon mehr still und dabei eigensinnig, sprach er nach Aussage seiner Frau vor dem Trinken mehrere Tage fast gar nicht und blieb dem Wirtshaus fern. Dann ging er aus und wurde infolge einiger getrunkener Gläser Bier munterer, aber dann trank er auch gleich zu viel und betrank sich mehrere Tage oder auch wohl Wochen lang täglich, bis er ganz herunterkam. Er hatte dann Angstempfindungen, Sterbegedanken und Unruhe; seine Frau bekam Herrschaft über ihn und konnte ihn veranlassen, daß er sich ins Bett legte. Wenn er sich erholt hatte, nahm er sich fest vor, nicht wieder ins Wirtshaus zu gehen, obschon er nicht immer wußte, was er in der Zeit des Trinkens getrieben hatte. Nach einigen Tagen oder Wochen schien alles vergessen. Daß seine Neigung zum Trinken ein ernstliches Übel sei, konnte er überhaupt nicht einsehen, und so begann die Szene bald von neuem. Nach dem Zeugnis seines früheren Dienstmädchens zeigte sich dieser periodische Verlauf schon in den Jahren 1907/08. Einige Zeit nachher, 1909/10, traten nach der Angabe seiner Frau auch schon Eifersuchtsgedanken bei S. hervor. Ohne betrunken zu sein, leuchtete er abends im Dunkeln umher, um nach Männern zu suchen. Später, als er in R. war, drückte er wiederholt die Befürchtung aus, daß seine Frau ihn verlassen und einen andern Mann, auf den seine



Gedanken gerade gefallen waren, heiraten würde, und er brachte Heiratsgesuche, die er in der Zeitung fand, mit seiner Frau in Verbindung. Wie sehr sein Familienleben unter seinem Verhalten litt, geht daraus hervor, daß er seine Frau schlug und am Leben bedrohte, und zwar auch schon in den Jahren 1907/08. Den Unterricht vernachlässigte er aufs äußerste, ließ die Kinder in der Schule sogar Trinklieder singen und nötigte auf diese Weise seine Behörde dazu, ein Disziplinarverfahren gegen ihn einzuleiten. Nach voraufgegangener Suspension vom Dienst wurde ihm eine Ordnungsstrafe von 180 M. auferlegt. In dem diesbezüglichen Erkenntnis des Disziplinargerichts vom 4. März 1912 war zum Ausdruck gebracht, daß die Verfehlungen S.s sehr schwer gewesen seien, so daß sie seine Dienstentlassung hätten zur Folge haben müssen Man habe aber geglaubt, ihm noch einmal Gelegenheit geben zu sollen, sich zu bessern. Noch bevor er den Spruch des Disziplinarhofes erhalten hatte, übte S. indessen ohne Erlaubnis seiner Behörde die Jagd aus und beging dabei eine Übertretung der Jagdordnung, die ihm eine gerichtliche Strafe von 20 M. eintrug. Im Zusammenhang mit dem Disziplinarverfahren wurde er dann von S. nach B. versetzt. Zum Abschied schrieb er in die Schulchronik von S., er habe seine Stelle „standhaft und treu" verwaltet, und er sei von der Königlichen Regierung „auf seinen vorher gestellten Antrag" nach B. versetzt worden. Auch hierfür erhielt er eine Strafe von 20 M.

In B. setzte S. sein Trinkerleben in verstärktem Maße fort. Gelegenheit zum Verkehr in andern Lehrerfamilien hatte er dort nicht gefunden; ob der Tod eines Kindes, welcher ihn nach der Angabe seiner Frau stark erschütterte — es starb damals in seinen Armen an Diphtheritis —, seine Nerven benachteiligte, mag dahingestellt bleiben. Es steht fest, daß er schon früh morgens ins Wirtshaus ging, mit Bergleuten, an der Theke stehend, Schnaps trank und von zahlreichen Zeugen — selbst am Morgen — betrunken gesehen wurde. Er kam mangelhaft bekleidet und beschmutzt in die Wirtschaft und besuchte sie häufig auch während der Unterrichtsstunden. Er war in der Schule selbst betrunken, so daß er sich an der Tafel festhalten mußte und auf dem Katheder einschlief. Während der Pfingstferien 1915 nahm er aus einer Wirtschaft einmal heimlich 1 l Schnaps mit fort, den seine Frau später bezahlte. Es ist erklärlich, daß unter diesen Umständen in seinem Unterrichtsbetrieb völlige Unordnung herrschte. Er besaß nach der Bekundung des Rektors F. nicht die nötige Spannkraft und verfiel in manchen Fällen in unverständliches Gemurmel, er schreckte dann plötzlich wieder auf und verlor den Zusammenhang.

Besonders bezeichnend für die geistige Verfassung S.s im Jahre 1915 sind die folgenden Vorfälle: Am 25. Mai 1915, vormittags, traf der mit S. in einem Hause wohnende Rektor E. denselben auf der Treppe des Schulhauses. S. war betrunken, hatte das Hemd offen, keine Weste an und die nackten Füße in Pantoffeln; nach seiner Angabe war er in der Wirtschaft gewesen. Da er nicht imstande war, die Flurtür zu öffnen, öffnete Rektor E.



sie, ging mit ihm in seine Wohnung und machte ihm dort Vorhaltungen wegen seines Lebenswandels. Er entgegnete in verwegenem Tone, wenn E. etwas von ihm wolle, werde er ihm die Faust in die Schnauze hauen, daß er verratze, und wenn der Schulrat käme und wolle ihm was, werde er ihn vor den Kopf hauen. S. holte dann seine Jagdflinte und Patronen und hantierte damit, indem er fortgesetzt schimpfte. Als E. erklärte, er werde über den Vorfall berichten, meinte der Angeredete, das solle er ruhig tun. Dann wurde er plötzlich vertraulich, versuchte E. Zigarren aufzudrängen und bat ihn, er solle schreiben, daß alles in Ordnung sei. Er ging an seinen Schreibtisch und sagte, da lägen 50 M., sie wären ja unter sich, E. solle schreiben, es sei alles in Ordnung.

Am folgenden Tage, morgens gegen 9 Uhr, erschien S. in angetrunkenem Zustande im Amtszimmer des Rektors E. und bat zunächst, die Sache nicht anzuzeigen, drohte unter allerlei unverständlichen Redensarten, er würde, wenn der Rektor ihn anzeige, denselben ebenfalls anzeigen, und drohte schließlich, sich zu erschießen und Rektor E. ebenfalls umzubringen. Am nächsten Tage, am 28. Mai, wurde Rektor E. von Frau S. gerufen. S. hatte die Tür seiner Wohnung von innen verschlossen. E. hörte aber, wie er seine Frau und Kind bedrohte, und sah ihn durch die Haustür auf sie losgehen. Als es der Frau endlich gelang, die Tür zu öffnen, kam S. mit einem Hemde bekleidet und mit erhobenen Händen auf E. zu, worauf ihn E. bei den Armen packte und zurückstieß, so daß der Hemdärmel zerriß. Frau und Kind konnten es nicht wagen, die Nacht in der Wohnung zu bleiben, und gingen zu E. in die Wohnung. Nachdem sie kurze Zeit dort waren, hörten sie, wie S. gegen einen Schrank schlug und tobte. Abends ½10 Uhr ging E. in Begleitung des praktischen Arztes Dr. *N.*, bei welchem S. tags zuvor auch schon in betrunkenem Zustande gewesen war, und eines Polizeisergeanten nochmals in die Wohnung S.s, der ihnen nach wiederholtem Klopfen, noch im Hemde, öffnete. Nachdem der Polizeisergeant dem S. erklärt hatte, er werde ihn festnehmen, wenn er sich nicht ruhig verhielte, gingen die drei fort und hörten nach kurzer Zeit wieder Schläge gegen die Tür des Küchenschrankes. Sie gingen in die Wohnung zurück, öffneten den Schrank und fanden darin die erwähnte Flasche Branntwein, welche Frau S. dort hineingestellt hatte. Dem S. nahmen sie das geladene Jagdgewehr ab. Dr. *N.* erklärte, derselbe habe völlig den Eindruck eines Deliranten gemacht.

Die Familie hatte wiederholt versucht, S. zum Eintritt in eine Trinkerheilanstalt zu bewegen. Da er körperlich heruntergekommen und zittrig war und er selbst sich krank fühlen mochte, war es im Jahre 1914 gelungen, ihn wenigstens in ein Sanatorium zu bringen, in welchem er erwartete in seiner freien Bewegung nicht gehindert zu werden; einem Zwang glaubte er sich nicht unterwerfen zu brauchen. Durch seine vorübergehende Einberufung zum Militär wurde dieser Aufenthalt nach 4 Wochen unterbrochen. Wie wenig ihm derselbe genützt hatte, geht aus den vor-

erwähnten Vorkommnissen hervor, und die Schulbehörde sah sich genötigt, von neuem ein Disziplinarverfahren gegen ihn einzuleiten. S., welcher das Verfahren nur als Erzeugnis der Feindschaft des Rektors E. gegen ihn ansah, erwartete bestimmt seine Freisprechung. Doch wurde seine Dienstentlassung ausgesprochen ohne Anerkennung mildernder Umstände. Im Urteil vom 20. Oktober 1915 heißt es: „Der Angeschuldigte war durch die Erkenntnisse im ersten Disziplinarverfahren und die gegen ihn festgesetzte hohe Ordnungstrafe genügend gewarnt. Trotz eindringlicher Sprache haben die Ermahnungen dieser Erkenntnisse ihn nicht zu bessern und auf den richtigen Weg zurückzuführen vermocht."

Die Berufung S.s gegen das Urteil des Disziplinargerichts wurde vom Königlichen Staatsministerium am 3. Mai 1916 verworfen und jenes Urteil lediglich bestätigt. Das Königliche Staatsministerium hebt in seinem Erkenntnis hervor: „S. hatte die sittliche Pflicht, und zwar als Lehrer in erhöhtem Maße, gegen die ihm etwa innewohnende Neigung anzukämpfen. Dies hat er keinesfalls in ausreichender Weise getan; insbesondere hat er den Bestrebungen seiner Angehörigen, ihn in einer Trinkerheilanstalt unterzubringen, hartnäckigen Widerstand entgegengesetzt. Es kann dahingestellt bleiben, ob die von den Verteidigern in der Berufungsbegründung mitgeteilte vorläufige Meinungsäußerung des Oberarztes Dr. *H.* (derselbe hatte den S. bei dem wiederholten Versuche seiner Aufnahme in die Anstalt zu M. kennengelernt) zutrifft, nach der die zurzeit periodisch auftretende Trunksucht des Angeklagten als krankhaft zu bezeichnen ist. Wenn sie es ist, so hat er durch sein Verschulden, nämlich dadurch, daß er sich dem Trunke immer mehr hingab, den jetzigen krankhaften Zustand herbeigeführt."

Noch bevor diese Entscheidung getroffen war, hatte die Ehefrau S. den Antrag auf Entmündigung ihres Mannes beim Amtsgericht W. gestellt, doch kam das Verfahren erst am 25. September 1916 zum Abschluß. In dem Entmündigungsbeschluß sind folgende Zeugenaussagen angeführt, welche auf den Zustand S.s noch einiges Licht werfen. Sein früheres Dienstmädchen hat angegeben, daß Frau S. einmal um Hilfe gerufen, daß ihr Mann mit erhobener Hand vor ihr gestanden, und sie am andern Tage ein blaues Auge gehabt habe. Eines Tages im Jahre 1907 oder 1908 habe die Frau um Hilfe gerufen; wieder habe, als die Zeugin hinzukam, S. mit erhobener Hand vor seiner Frau gestanden und zur Zeugin gesagt: „Du kannst gehen, ich tue dir nichts, aber die — auf seine Frau deutend — soll sterben." In diesem Augenblick sei Frau S. aus der Türe geflüchtet und sei in der Nacht mit der Zeugin auf dem Heuboden geblieben. Dieselbe Zeugin hat auch bekundet, daß bei S. Zeiten von völliger Trunkenheit bis zur Dauer von 8 Tagen mit Zeiten von Nüchternheit abgewechselt hätten; alle Ermahnungen hätten nichts genutzt; er sei vielmehr gegen seine Ermahner vorgegangen und auch tätlich geworden. Andere Zeugen, die den Wechsel der Erscheinungen bei S. bekundeten (die Zeuginnen R.),

sind auch solche, die ihn in der Zeit seiner Tätigkeit in S., also vor 1913, schon gekannt haben. Sie bekundeten, daß der Periode des Trinkens eine Zeit gefolgt sei, in der S. ein großes Angstgefühl gehabt und am ganzen Körper gezittert habe. In dieser Zeit habe er sicher vorgehabt, nicht mehr zu trinken, und er habe seiner Frau gehorcht. Dann sei er wieder aufsässig und wieder trunkfällig geworden, er habe große Unruhe gezeigt, unverständliche Reden geführt, sei im Zimmer hin und her gelaufen, habe fortwährend ausgespuckt, sei sich mit den Fingern durch die Haare gefahren und habe sich kaltes Wasser über den Kopf laufen lassen, weil er „nicht denken könne". Im übrigen schilderten die genannten Zeuginnen sein Verhalten dahin, daß er (wohl in den letzten Jahren) auch in nüchternem Zustande sich nicht ordentlich angezogen habe und auch zum Rasieren und Haarschneiden habe getrieben werden müssen, daß er bald unmäßig viel, bald überraschend wenig aß und weder für Zeitungen noch für irgendwelche Arbeit Interesse zeigte.

S. selbst erklärte bei seiner amtsgerichtlichen Vernehmung: „Es ist richtig, daß ich periodenweise dem Trunke ergeben bin. Ich bekomme plötzlich Herzklopfen und einen Hang zum Trinken. Ich kann dem Anreiz nicht widerstehen und muß dann Alkohol zu mir nehmen. In diesem Zustande bin ich ganz willenlos und verbleibe darin mehrere Tage, bin auch so in die Schule gegangen und habe Dienst getan." Der Entmündigungsbeschluß endigt mit den Worten: „Danach ist die unwiderstehliche Sucht des S. zum periodisch wiederkehrenden, übermäßigen Genuß berauschender Getränke erwiesen und auch erwiesen, daß er (S.) infolgedessen seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag."

Mittlerweile war S. auf Betreiben seines zum vorläufigen Vormund ernannten Schwagers in die Trinkerheilanstalt F. zu E. gebracht worden. Der Arzt derselben schreibt am 23. 6. 16: „Herr S. macht uns in F. ganz erhebliche Schwierigkeiten, die als Ausfluß seiner geistigen Erkrankung anzusehen sind. Für irgendeine, wenn auch noch so einfache, geregelte Tätigkeit ist er völlig unbrauchbar. Er vernachlässigt sein Äußeres, wäscht sich nicht, wechselt die Wäsche nicht von selbst usw., dabei ist er von ständigen Todesgedanken verfolgt. ......" Auch war er von dem Gedanken beherrscht, daß er von seiner Frau geschieden sei und dieselbe im Begriff stehe, sich anderweitig zu verheiraten.

In dem zur Aufnahme S.s in die Irrenanstalt L. verfaßten Fragebogen vom Juli 1916 bezeugte der genannte Sachverständige, daß derselbe das typische Bild des durch den Alkohol heruntergekommenen Trinkers biete, welcher auf Grund ererbter Veranlagung immer mehr geistig degeneriert sei. Seine Heilung erscheine bei dem vorgeschrittenen Stadium der Erkrankung ausgeschlossen. S. müsse, da er für sich selbst nicht sorgen könne, und da er seiner geistigen Störung wegen auch nicht in einem Privathause sein könne, endlich um ihm den Alkohol fernzuhalten, in eine Heil- und Pflegeanstalt überführt werden.



Am 11. Juli 1916 wurde S. in die hiesige Anstalt gebracht. Er ist ein reichlich mittelgroßer, schlank, aber doch kräftig gebauter Mann von befriedigender Ernährung. Sein Kopf hat einen Umfang von 58 cm; derselbe ist in seiner Bildung dadurch auffallend, daß die Augen hinter Stirn und Nasenwurzel tief zurückliegen; im Verein mit einer geringen Beweglichkeit des Mienenspiels erhält das Gesicht dadurch einen starren, hartnäckigen und zugleich ziemlich leeren Ausdruck. Die Organe der Brust- und Bauchhöhle lassen eine krankhafte Abweichung nicht erkennen, doch ist der Puls klein, matt und leicht beschleunigt, der zweite Herzton stark betont. Die ausgestreckten Finger zittern, ebenso die Zunge. Die Pupillen sind gleich und reagieren auf Belichtung. Die Kniereflexe sind ziemlich lebhaft, noch lebhafter die Reflexe von der Achillessehne; der Rachenreflex fehlt.

S. klagt auf Befragen, daß er nicht schlafen könne, und daß er sich matt und energielos fühle: „Der Halt zwischen Magen und Kopf fehlt.“ In der Tat saß er schlaff umher und hatte keine Neigung, sich zu beschäftigen. Er bestritt nach Trinkerart, daß es nötig gewesen sei, ihn in die Anstalt zu bringen, und verlangte mündlich und brieflich seine baldige Entlassung; Schnaps gebe es für ihn nicht mehr, er werde nie mehr welchen trinken. Als es nach 3 Wochen gelang, ihn zur Beschäftigung im Felde zu bringen, arbeitete er äußerst wenig und benutzte die Gelegenheit, zur Wohnung seiner Schwiegereltern in der Nähe von L. zu laufen. Am 30. August 1916 schrieb er an seinen Vormund eine Postkarte, deren zweiter Teil folgendermaßen lautet: „Meine Entmündigung und Ehescheidung ist mit lauter Lug und Betrug ausgeführt worden. Der Ch. (seine Schwägerin) ist es dadurch ermöglicht worden, sich zu verheiraten. Meine Kinder werden hingesteckt, wo sie eben passen. S. (seine Frau) wird in ihrer neuen Heirat in B. kein besonderes Glück haben, ein Fluch wird darauf ruhen. S.“

In seinem Äußeren, namentlich in seiner Kleidung, hielt er sich unordentlich und unsauber. Der Gedanke, daß seine Frau verlobt oder schon verheiratet sei, war in der Anstalt gleich anfangs bei ihm hervorgetreten. Auf die Torheit und die Grundlosigkeit dieses Gedankens hingewiesen und um Aufklärung ersucht, wie er zu dem Gedanken gekommen sei, erklärte er, die Beschützerrolle, welche sein Feind, der Rektor E., seiner Frau gegenüber gespielt habe, habe ihn „mächtig gereizt“, dann habe seine Frau am 30. Oktober zu ihm gesagt, sie würde nicht bei ihm bleiben, wenn er das Trinken nicht ließe, sonst könnte er noch erleben, daß sie einen andern heirate. Seine Frau hat auf Befragen den ersten Teil dieser Bemerkung bestätigt, den zweiten aber als bloße Phantasie ihres Mannes bezeichnet. Ebenso sei es nur Phantasie ihres Mannes gewesen, daß, was er auch hier in der Anstalt behauptete, sie sich mit dem Bruder ihrer Schwägerin, einem fast 20 Jahre jüngeren Manne, in Hamm und Münster getroffen habe. Auf gleicher Stufe steht die Angabe S.s, daß seine Frau gesagt habe: „Jetzt gibt's einen andern Schlag“, was habe bedeuten sollen, sie bekomme einen andern „Kerl“, als er sei; ferner seine Aussage, daß, als er zum zweitenma



von hier entwich, um angeblich sein Töchterchen zu sehen, ein Schulknabe auf der Straße in B. ihm gesagt habe, seine Frau werde sich wieder verheiraten. Er wußte noch mehrere solcher vermeintlichen Beweise anzuführen, und auch seine Befragungen durch den Unterzeichneten brachte er mit seiner Ehescheidung in Zusammenhang. Daß es sich zurzeit um den Versuch der Wiederaufnahme seines Disziplinarverfahrens handle, konnte er nicht fassen, obschon es ihm wiederholt gesagt wurde. S. betrachtete seine Aufnahme in die Irrenanstalt als ein bares Unrecht, und in seiner völligen Einsichtslosigkeit für seinen Zustand lief S. noch ein drittes und viertes Mal fort. In zahlreichen weiteren Briefen und Karten, die er mit auffallender Harmlosigkeit auch an seine vermeintlich geschiedene Frau richtete, teilweise auch heimlich zu befördern suchte, verlangte er, daß man sich für seine Entlassung verwenden und ihm irgendwo einen Posten verschaffen solle. In einem Briefe an Frau S. vom 22. August 1916 schreibt er: „Du hast damals die Aufnahme (in die Anstalt E.) erwirkt und dadurch mein Schicksal besiegelt. Dein Hauptzweck, die Scheidung der Ehe durch Beibringung eines ärztlichen Attestes, ist sogleich damit erreicht. Nun aber hoffe ich, daß Du auch mir meinen Wunsch erfüllst und dafür sorgst, daß ich meine Freiheit wiederkriege. ......“ In seinem Briefe vom 11. Dezember 1916 an seinen Bruder steht die Stelle: „Es handelt sich lediglich um meine Befreiung aus dieser Anstalt (L.); denn es ist mir viel zu dumm und langweilig, daß ich mich noch weiter in der Gefangenschaft herumärgern soll.“ Noch bezeichnender ist der Anfang des Briefes, den S. am 4. Dezember 1916 an seinen Schwager und Vormund schrieb: „Lieber B.! Deinen mir wenig erfreulichen Brief habe ich empfangen. Es ist immer dieselbe Drumherumdreherei wie in den früheren auch. Man kommt mit einem solchen Vormund nicht weiter. Hätte ich Dich mit Deinen Henkershelfern, die Ihr mich von meiner Familie für immer losgerissen und besonders auch meine armen Kinder in ihrer gesunden Entwicklung und ihrer Bildung für alle Zeiten schwer geschädigt habt, in R. seinerzeit durch die Polizei aus dem Hause werfen lassen, so wäre ich ein kluger Mann gewesen.“

In anscheinendem Widerspruch mit diesen Äußerungen sagte S. in der letzten Zeit, daß er selber durch sein Trinken seine Dienstentlassung verschuldet habe, wobei er aber hauptsächlich nur die letzte, in St. zugebrachte Zeit im Auge hatte. Eine ernstere oder gedrückte Stimmung war darum auch nicht an ihm zu bemerken. Auf die Frage, wie es denn zugegangen sei, daß er trotz seiner üblen Erfahrungen immer von neuem getrunken habe, erklärte er, er habe der Versuchung, ins Wirtshaus zu gehen, nicht widerstehen können, auch sich nicht gern Vorschriften machen lassen. Wenn er dann angefangen habe, zu trinken, habe das Bier ihm „im Halse geprickelt“; „nach ein paar Gläsern — so fuhr er fort — wird man gesprächiger, man vergißt das Nachhausegehen, man sieht und kennt sich nicht selbst, das ist's eben.“



Bei Prüfung seines Denkvermögens ergab sich, daß S. ziemlich gut rechnete, und daß er in der Geschichte und Geographie nicht ohne Kenntnisse war. Auch für die Ereignisse seines Lebens erwies sich sein Gedächtnis — wenn auch durch gewisse falsche Auffassungen getrübt — doch als frei von erheblichen Lücken. In der Naturkunde stand sein Wissen nicht hoch. So hatte er Schwierigkeit mit der Klassifizierung des Hundes; er ließ sämtliche Himmelskörper sich um die Sonne bewegen, meinte, daß das Licht auf Wellenbewegung der feinsten Teilchen der Luft beruhe, und daß feuchte Luft schwerer sei als trockne. Auf die Frage nach den gesetzgebenden Körperschaften im Deutschen Reiche wußte er Bundesrat und Herrenhaus nicht auseinanderzuhalten und hielt jenen für „eine Auswahl von Männern aus dem Deutschen Reichstag". Begriffsbestimmungen und Erklärungen von Sprichwörtern gelangen ihm mittelmäßig.

Schlußfolgerung. — Die dem Unterzeichneten gestellte erste Frage betrifft den gegenwärtigen Geisteszustand des Lehrers S. Dieser Zustand läßt die Zeichen des durch Trunksucht geistig geschwächten Menschen deutlich erkennen. S. ist willensschwach und ohne Urteil über die Verhältnisse, in die er sich gebracht hat. Beide Momente unterstützen einander. Vom ersten Tage seines Aufenthaltes an protestierte er gegen seine Aufnahme in die Anstalt und drängte hinaus wie ein Vogel aus dem Käfig, d. h. in triebhafter, unüberlegter Weise. Bei klarer Überlegung hätte er sich sagen müssen, daß seine Verbringung in eine geschlossene Anstalt notwendig war, daß er, um gesund zu werden, längere Zeit in ihr bleiben und daß er sich der Anstaltsordnung fügen mußte. Statt dessen lief er viermal fort. Daß dieses wiederholte Fortlaufen ein Fehler gewesen sein solle, kam ihm lächerlich vor, er beschönigt es damit, daß er Sehnsucht nach seinen Kindern gehabt habe, und daß er wieder ans Verdienen kommen wollte. Einem so berechtigten Gefühl diese Bestrebungen entspringen mochten, so beweist doch eben der Umstand, daß er dem Gefühl ohne Beachtung der entgegenstehenden Gründe folgte, das Triebhafte seines Wesens. Dagegen fehlt es ihm an eigentlicher Willenskraft, wie sich an seiner Unlust zur Arbeit und an seinem ganzen schlaffen Verhalten zeigt. Und trotzdem er selbst gesteht, daß er sich matt und willenlos fühlt, sich also die zum Erwerb seines Lebensunterhalts erforderliche Kraft nicht zutrauen kann, will er einen Posten übernehmen. Es wirkt dabei die Selbstverkennung mit, welche den Trinkern eigen, und die bei S. schon frühzeitig hervorgetreten ist. Wie er nie hat einsehen wollen, daß er sich in acht nehmen, etwas gegen seine Trunksucht unternehmen mußte, so hat er noch in seinen letzten Briefen nicht sich selbst, sondern seinen Angehörigen die Urheberschaft seines Mitgeschicks aufgebürdet.

Mangel an Urteil und Willensschwäche sind hiernach die am meisten hervorgetretenen geistigen Mängel bei S. Es sind diejenigen Mängel, welche bei chronischer Trunksucht am bekanntesten sind.

In ernsteren Fällen werden diese Mängel noch durch falsche Vor-



stellungen und Sinnestäuschungen verstärkt. Es treten Vorstellungen von Beeinträchtigung und häufig Eifersuchtswahn hervor. Die Sinnestäuschungen können in den akuten Stadien zahlreich sein, in den chronischen treten sie oft nur vereinzelt oder nur als Illusionen auf, oder einzelne in einem akuten Stadium aufgetretene Täuschungen werden festgehalten. S. huldigt zwar nicht dem Wahn grober ehelicher Untreue, wie man sie bei Trinkern oft findet, aber er hält doch seine Frau für geistig untreu und bildet sich ohne jeden Grund und trotz häufigster Belehrung vom Gegenteil fest ein, seine Frau sei wieder verheiratet oder werde sich doch bald wieder verheiraten. Er begreift nicht, daß das ohne weiteres gar nicht möglich ist, und daß zum mindesten ein gerichtliches Verfahren hätte vorhergehen müssen. Die Begründung, die er für seinen Glauben gibt, läßt erkennen, daß er in voreingenommener Weise teils leeren Vermutungen nachgegeben hat, teils einzelne falsche Gehörseindrücke gehabt haben muß. Das letztere muß man annehmen, wenn er behauptet, seine Frau habe ihm gesagt, daß er erwarten müsse, sie werde sich anderweitig verheiraten, daß es einen „andern Schlag" geben werde, daß ihm ein Junge auf der Straße zu B. gesagt habe, seine Frau werde sich bald verheiraten, und ähnliches. Wenn er dabei doch seiner Frau nicht gram ist und sie brieflich ersuchte, ihm zur Befreiung aus der Anstalt behilflich zu sein, so zeigt das, wie oberflächlich sein Empfinden und Denken ist.

Die Meinung S.s, verkannt und benachteiligt zu sein, geht aus den angeführten Briefstellen deutlich hervor. Rektor E. ist, wie er meint, sein Feind, sein Vormund B. und seine Schwägerin R. haben ihn ebenfalls benachteiligt, und wenn sein in der letzten Zeit gemachtes Zugeständnis, selbst schuld gewesen zu sein, auch vielleicht als ein Zeichen beginnender besserer Einsicht — hervorgerufen durch den allmählich stärker empfundenen Anstaltszwang — aufgefaßt werden darf, so kann darin doch kein *Zeichen* wirklicher Aufklärung erblickt werden.

S. bietet hiernach zurzeit noch alle wesentlichen Merkmale des chronischen Trinkers dar. Man kann seinen Zustand nur richtig würdigen, wenn man die durch die Giftwirkung des Alkohols hervorgerufene Schwächung seiner Geisteskräfte als Grundlage seines Zustandes erkennt. Mit andern Worten: S. ist zurzeit noch als geisteskrank anzusehen.

Die zweite Frage anlangend, ob bei S. schon zur Zeit der Begehung der ihm im Disziplinarverfahren zur Last gelegten Verfehlungen (Mai 1915) eine geistige Erkrankung oder verminderte Zurechnungsfähigkeit bestanden habe, so kann davon ausgegangen werden, daß ein Zustand erheblicher geistiger Schwäche, wie er bei S. vorliegt, nicht in kurzer Zeit zur Ausbildung zu gelangen pflegt. Derselbe ist ohne Zweifel durch den jahrelangen Mißbrauch geistiger Getränke, welchem sich S. hingab, allmählich entstanden. Wenn man aber auf die Ursache seiner Entstehung blickt, so spricht nichts für die Erwartung, daß er seit dem Disziplinarverfahren schlimmer geworden sein sollte, als er damals bereits war. Denn seit der



Zeit hat S. weniger getrunken und hat sich in Anstalten aufhalten müssen, in denen er der Wirkung geistiger Getränke auf längere Zeit ganz entzogen war. Es ist kaum anders denkbar, als daß damals unter dem Einfluß stets wiederholter Trinkexzesse seine geistige Unklarheit sowohl vorübergehend während der Trinkperiode als dauernd in den Zwischenzeiten stärker war als jetzt.

Die im Entmündigungsverfahren erhobenen Zeugenaussagen zeigen denn auch, daß die wesentlichsten Züge des krankhaften Zustandes bei S. schon seit einer Reihe von Jahren ausgeprägt waren, und daß zur Zeit des Disziplinarverfahrens ein Höhepunkt bestand, welcher seither nicht mehr — außer vielleicht in der Festigkeit des Wahnes der Ehescheidung — überschritten wurde. Schon in den Jahren 1907/08 waren, wie man aus den Zeugenaussagen, besonders seines Dienstmädchens, entnehmen muß, die Hauptsymptome ausgeprägt. Unbezwingbarer Trieb zum Trinken, Periodizität desselben, Unbelehrbarkeit über den Ernst seines Zustandes, Mißhandlung der Frau; auch die ersten Eifersuchtsgedanken (Herumleuchten nach Männern im Hause) zeigten sich nach Angabe der Frau schon. Wenn dann von Zeit zu Zeit krankhafte Nerven- und Gemütserscheinungen besonders stark hervortraten (Angst, Zittern, Unruhe, unverständliche Reden, beständiges Ausspucken), wenn S. sich mit den Fingern durch die Haare fuhr, sich Wasser über den Kopf goß und klagte, daß er nicht mehr denken könne, so ging das in der Hauptsache wohl wieder vorüber, aber es zeigte doch, bis zu welchem Grade das Krankhafte in S.s Geisteszustand entwickelt war. Man wird nicht fehlgehen, wenn man in dieser, von den Zeuginnen gegebenen laienhaften Schilderung die Symptome wahrer Anfälle von Trinkerdelirium erblickt, wie das Dr. *N.* zu B. bezüglich des von ihm an S. im Mai 1915 beobachteten Erregungszustandes ausgesprochen hat, und es hat nicht ausbleiben können, daß diese akuten Zustände jedesmal eine Schädigung der Geisteskräfte S.s zurückließen. Die Zeuginnen R. haben denn auch, wenn S. nüchtern war, seine geistige Abnahme bemerkt; sie haben angegeben, daß er sich nicht ordentlich angezogen habe, sich zum Rasieren und Haarschneiden habe treiben lassen, und daß er — abgesehen von Unlust zum Essen — weder für irgendwelche Arbeit noch für Zeitungen Interesse gezeigt habe. Hier ist auch die Eintragung zu erwähnen, welche S. bei seinem Abgang aus S. in die Schulchronik machte. Wie sie ohne Zweifel ungehörig und der Wahrheit widersprechend war, so war sie doch auch ein Zeichen unbegründeten Selbstbewußtseins und schwachsinniger Unüberlegtheit.

Das Königliche Staatsministerium hat in seinem Beschluß vom 3. Mai 1916 Wert auf die Feststellung gelegt, daß, wenn die Trunksucht S.s periodisch auftrat (und in dieser Periodizität ein Zeichen ihrer Krankhaftigkeit erblickt werde), diese Krankhaftigkeit doch erst durch eigene Schuld S.s zur Ausbildung gelangt sei, da er nicht beizeiten die Selbstbeherrschung geübt habe, zu welcher er verpflichtet gewesen sei. Was



zunächst die Periodizität anlangt, so geht aus dem Beschluß des Königlichen Staatsministeriums wie auch aus dem Entmündigungsbeschluß hervor, daß über dieselbe keine ganz richtige Vorstellung besteht. Es gibt allerdings eine periodische Trunksucht, jene, wenn auch nicht gerade häufige Form, die man als Dipsomanie bezeichnet, und bei welcher sich der Drang nach alkoholischen Getränken als ein Symptom periodischer Erregung äußert. Aber so spielt sich die regelmäßige Wiederkehr der Trinkperiode keineswegs immer ab. Der häufigere Verlauf ist der, daß nicht die Sucht periodisch auftritt, sondern daß, während die Sucht an sich beständig ist, das Trinken durch sich selbst, nämlich durch sein Übermaß, zum zeitweiligen Stillstand gelangt. Das Trinken ist einem Mechanismus mit beständigem Bewegungsantrieb zu vergleichen, der sich infolge der Steigerung seiner Bewegung von selbst ausschaltet, um nach einiger Zeit ebenso von selbst wieder in Bewegung zu geraten. Wenn also in der Periodizität gerade dasjenige Moment, welches man geneigt ist, als den hauptsächlichsten Ausdruck der Krankhaftigkeit der Trunksucht anzusehen, nämlich der unwiderstehliche Trieb zum Trinken, nicht eigentlich zum Ausdruck gelangt, so fehlen doch die Krankheitsmomente in der Verlaufsart der Fälle wie bei S. keineswegs. Diese Momente liegen einmal in der erblichen Anlage, welche bei S. wohl mit Bestimmtheit angenommen werden kann. Dieselbe wirkt teils als Widerstandslosigkeit gegen ein inneres Bedürfnis zum Trinken, teils als Schwäche im Vertragen des Alkohols. Veranlagte Trinker — und das sind die meisten Trunksüchtigen — werden durch den Genuß geistiger Getränke schneller und stärker geistig beeinflußt als normale Menschen. Ihr Bewußtsein wird schneller getrübt, ihr Selbstgefühl wird verändert, krankhaft gehoben oder niedergedrückt; sie verlieren den Blick für ihre Lage und sind nicht mehr Herren über sich selbst. Es ist die geistig-nervöse Schwäche, welche man als Alkoholintoleranz bezeichnet. Infolge der nach den ersten Gläsern Bier oder Branntwein sich entwickelnden geistigen Veränderung finden sie kein Ende und vergiften sich bald so, daß sie nicht mehr fähig sind, weiter zu trinken. Sie endigen daher entweder auf der Polizeiwache oder zu Hause im Bett. Sie fühlen dann die Folgen, enthalten sich des Giftes, erholen sich, und der Drang zum Trinken macht sich nach einiger Zeit um so ungehinderter wieder geltend, als sie nicht wissen, was sie in ihrer Trunkfälligkeit für Figuren gespielt haben.

In dieser Weise hat sich auch bei S. das Trinken abgespielt, und zwar dem Zeugnis der Frau K. zufolge mindestens seit 1908. Nach der Ausdrucksweise im Entmündigungsbeschluß hat zwar S. selbst von einem periodisch empfundenen Drang zum Trinken gesprochen, aber auf Befragen hat er dem Unterzeichneten erklärt, daß er damit die Tage im Auge gehabt habe, in denen er schon mitten im Trunk gewesen sei. In diesen Tagen habe er eine wahre Not empfunden, die er durch Weitertrinken zu betäuben gesucht habe.

Es gibt nur wenige tiefgreifende Geisteskrankheiten, bei denen die



gesunden Geisteskräfte bis auf den letzten Rest zerstört sind. Wo aber die krankhaften Veränderungen einen erheblichen Grad besitzen, heben sie die Zurechnungsfähigkeit auf. Das ist bei der chronischen Trunksucht im einigermaßen vorgeschrittenen Stadium der Fall. Die krankhaften Veränderungen reichen hin, um die Widerstandskraft des Willens gerade gegenüber dem Antriebe zum Genuß geistiger Getränke außer Spiel zu setzen. Zu der Willenlosigkeit dem Reiz des Alkohols gegenüber kommen die angeführten Urteilsmängel, die mangelhafte Einsicht in die Verkehrtheit des eigenen Betragens und die falsche Auffassung von der vermeintlichen unbegründeten feindlichen Stellungnahme der umgebenden Personen. Man wird auch in Betracht ziehen müssen, daß beim Trinker Ursache und Wirkung seines Verhaltens — Alkoholgenuß und Strafhandlungen — sich nicht in kurzen Zeiten folgen. Es kommt nicht eine einzelne, in der Trunkenheit begangene Handlung, sondern das jahrelange Verhalten des Trinkers in Frage, wie es sich im Laufe der Zeit entwickelt. Bei dieser langsamen Entwicklung kommt dem Handelnden der ursächliche Zusammenhang der Dinge nur in sehr unvollständiger und getrübter Weise zum Bewußtsein.

Der Unterzeichnete möchte hierbei auch nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, daß die moralische Betrachtung der Trunksucht im allgemeinen Kampfe gegen dieselbe bei den Kennern der Sache der ärztlich-wissenschaftlichen Auffassung hat weichen müssen, ohne daß darum durch die ärztlich-wissenschaftliche Auffassung moralische Gesichtspunkte bei der Behandlung der Trunksucht ausgeschlossen würden. Dies ist auch schon in den Motiven zum BGB. bezüglich der Bestimmungen über die Entmündigung wegen Trunksucht (§ 6) zum Ausdruck gebracht worden. Der Trunksucht kann man viel weniger durch Strafen als durch vorbeugende Maßnahmen beikommen, und man könnte behaupten, daß in einem Falle wie dem S.s der schuldhafte Fehler weniger bei der Person des Trinkers, als bei denjenigen liegt, welche die rechtzeitige Aufnahme des Trinkers in eine Anstalt nicht zuwege bringen. Aber den in Betracht kommenden Personen und Behörden dient zur Entschuldigung, daß die Gesetzgebung bis jetzt, wenn es sich um die Aufnahme in Trinkeranstalten handelt, noch fast ganz versagt, und daß die Einsicht, welche die Voraussetzung zu dieser Behandlung bildet, und die also schon die beginnende Trunksucht zu einem Gegenstande ärztlicher Behandlung macht, noch nicht Allgemeingut geworden ist. Dem Unterzeichneten möge es aber gestattet sein, darauf aufmerksam zu machen, **daß die Behörde gerade in dem Fall eines Schulbeamten über gewisse Mittel des moralischen Zwanges verfügt, um eine Anstaltsbehandlung durchzusetzen, welche bei einem nicht im Amte stehenden Trinker fehlen, und daß es von vorbildlichem Wert sein würde, wenn die Behörden in vorkommenden Fällen von diesen Mitteln Gebrauch machten.**

Um aber den Schluß aus meinen obigen Ausführungen zu ziehen, so haben wir gesehen, daß der Geisteszustand S.s mindestens schon in den Jahren 1913, 14 und 15 krankhaft verändert war. Die Veränderungen zeigten sich nicht allein, wenn auch bedeutend verstärkt, in den Zeiten des Trinkens, sondern auch, wenn er nüchtern war. Wenn er trank, war er ganz von Sinnen, und in diesen Zeiten beging er die meisten Verfehlungen. Aber auch in den Zwischenzeiten stand er unter krankhaften Einflüssen, welche sein Denken und Wollen beeinträchtigten. Wie die Zustände in den verschiedenen Zeiten zusammenwirkten, so müssen sie zusammen beurteilt werden. Ich gebe daher mein Gutachten dahin ab, daß der dienstentlassene Lehrer S. zur Zeit der ihm im Disziplinarverfahren vom Mai 1915 zur Last gelegten Verfehlungen an krankhafter Trunksucht und deren geistigen Folgen, im Sinne des § 51 an einer krankhaften Störung seiner Geistestätigkeit litt, welche seine freie Willensbestimmung für sein Verhalten allgemein ausschloß.

Auf Grund des vorstehenden Gutachtens erkannte die Behörde dem dienstentlassenen Lehrer zwei Drittel seines sonst zuständigen Ruhegehaltes als laufende jährliche „Unterstützung" zu. Daß nicht das volle Ruhegehalt zuerkannt wurde, kam wahrscheinlich daher, daß der Kranke auf Grund eines Nachtragsgutachtens unter Umständen noch als teilweise erwerbsfähig angesehen wurde.



Über Kriegsneurosen bei türkischen Soldaten[1].

Von

Privatdozent Dr. **Martin Pappenheim,** k. k. Regimentsarzt (Wien),
und Dr. **Victor Kraus,** klinischem Assistenten (Prag).

Im folgenden möchten wir in Kürze über von uns beobachtete Neurosen bei türkischen mohammedanischen Soldaten berichten, die zwar begreiflicherweise nichts prinzipiell Neues bringen, die aber einiges Interesse deshalb beanspruchen dürften, weil derartige Beobachtungen bei türkischen Soldaten in der deutschen Literatur nicht vorzuliegen scheinen, und weil man dem Verhalten verschiedener Nationen bzw. Rassen bei der Erforschung der Kriegsneurosen eine gewisse Aufmerksamkeit zugewandt hat (*Gaupp*, *Schneider*).

In der Zeit von September 1916 bis einschließlich April 1917 — die Beobachtungen schließen mit dem Weggange des einen von uns aus dem Spitale ab —, also im Laufe von acht Monaten, wurden in das k. u. k. Reservespital Nr. 2 in Pardubitz 6338 kranke und verwundete Türken aufgenommen. Sie kamen — zum Teil ziemlich kurze Zeit nach schweren Gefechten und viele von ihnen schwer verwundet — in Spitalzügen von der ostgalizischen Front. Die neurologischen Fälle — organische und funktionelle — wurden uns von den verschiedenen Abteilungen des Spitals zur ambulatorischen Untersuchung und eventuellen Behandlung zugeschickt; schwere Fälle dürften uns auf diese Weise kaum entgangen sein.

Im ganzen sahen wir in diesem Zeitraume, abgesehen von zwei gleich zu erwähnenden Fällen — einem organischen Fall mit übergelagerten funktionellen Zügen und einem Manne, der nach seinen An-

[1]) Aus der neurologischen Abteilung des k. u. k. Reservespitals Nr. 2 in Pardubitz (Kommandant Generalstabsarzt Dr. *Majewski*, Sektionskommandant Stabsarzt Dr. *Krása*).



gaben schon früher an hysterischen Anfällen gelitten hatte — 12 Fälle mit groben funktionellen Störungen, d. i. 0,19% aller ins Spital eingebrachten Fälle. (Rein psychische Störungen und nervöse Zustände mit bloß vasomotorischen oder sonstigen leichteren körperlichen nervösen Störungen haben wir nicht in den Bereich unserer Arbeit gezogen.)

Der eine von den beiden erwähnten, nicht in diese Gruppe von 12 Fällen eingereihten Kranken zeigte im Rückbildungsstadium einer motorischen Aphasie nach Schädelschuß vorübergehend einen Zustand von Mutismus, der durch eine kurze, suggestive, wenig schmerzhafte Faradisation beseitigt wurde. Der andere Kranke hatte angeblich vor 6—7 Jahren an hysterischen Anfällen gelitten, welche durch die Einhaltung des folgenden von einem Priester ihm erteilten Ratschlages geschwunden waren: er hatte einen ihm vom Priester überreichten Zettel ständig auf der Brust zu tragen und kaltes Wasser zu meiden. An der Front waren die Anfälle wiedergekehrt, da der Mann den Zettel verloren hatte und mit Wasser in Berührung gekommen war.

Unter den 12 Fällen mit groben funktionellen Störungen befand sich ein Fähnrich, der nach einer Granatexplosion im Oktober 1916 taubstumm geworden war. Durch eine, einige Wochen nach dem Trauma von einem von uns vorgenommene Faradisation wurde er vollkommen geheilt, ging bald darauf ein zweitesmal an die Front und kehrte später mit einem leichten Bauchschusse, aber ohne schwerere nervöse Symptome, ins Spital zurück.

Alle übrigen Beobachtungen betrafen Soldaten der unteren Mannschaftsgrade. Bei einem Kranken war plötzlich im Felde die Fähigkeit geschwunden, den linken Arm zu heben; drei Tage und Nächte fortgesetztes Hinaufbinden des Armes beseitigte die Störung. Ein zweiter Fall hatte eine — gleichfalls linkseitige — Pseudoradialislähmung (Fallhand), die sich durch einmalige Faradisation nicht beeinflussen ließ. (Ein weiterer Behandlungsversuch unsererseits erfolgte nicht, da die Beobachtung in die letzte Zeit unseres Zusammenarbeitens fiel.)

Alle andern — neun — Fälle wiesen Gangstörungen, größtenteils schweren Grades, einer von ihnen eine schlaffe Paraplegie auf. In keinem der Fälle fanden sich Zittererscheinungen. Drei von ihnen führten ihr Leiden auf eine Granatverschüttung zurück, einer von diesen hatte eine Verletzung neben der Lendenwirbelsäule; einem vierten, der die leichteste Gangstörung von allen, ein Hinken mit dem linken Beine, darbot, war ein Stück Deckung auf die linke Hüfte gefallen; einer war infolge des Einschlages eines Artilleriegeschosses vor seiner Deckung „aus Angst“, wie er selbst sagte, umgefallen; einer gab Erfrierung, zwei gaben rheumatische Schmerzen als Ursache ihrer Gangstörung an.

Die erwähnte schlaffe Lähmung beider Beine, die mit einer auf den Rumpf bis etwa zum 4. Dorsalsegment hinaufreichenden kompletten An-



ästhesie und Analgesie verbunden war, war nach einer oberflächlichen Verwundung am linken Oberschenkel entstanden. Während die Sehnenreflexe normal waren, *Babinski*sches und *Oppenheim*sches Zeichen fehlten, zeigte der Kranke vor der Behandlung beiderseits deutlich positiven *Mendel-Bechterew*schen Reflex. Die Faradisation, an welche wir in diesem Falle nicht ohne Zweifel herantraten, brachte einen vollen Erfolg. Am Tage nach der Behandlung — der Gang war bei dieser Nachuntersuchung anfangs etwas trippelnd, nach einigem Zureden vollkommen normal, die Sensibilitätsstörung war geschwunden — fand sich noch links eine Andeutung des *Bechterew-Mendel*schen Zeichens. Der Mann gab zur Anamnese an, daß er seit der vor 3 Monaten erlittenen, oben erwähnten Granatsplitterverletzung seine Beine nicht habe bewegen können. Blasendarmstörungen ließen sich nicht erheben. Bewußtlos will er bei der Verwundung nicht gewesen sein. Ob das positive *Mendel-Bechterew*sche Zeichen genügt, um das Vorliegen organischer Veränderungen für gesichert zu halten, denen sich langdauernde funktionelle aufpfropften, oder ob es sich von vornherein um ausschließlich funktionelle Störungen handelte, wagen wir nicht zu entscheiden.

In sämtlichen Fällen wurde die Gangstörung durch einmalige Faradisation beseitigt; in einem Teile von ihnen fand die Behandlung bereits 3 bis 4 Wochen nach der Entstehung des Leidens statt. Der Kranke, der seine Gangstörung selbst auf den durch die Granatexplosion erlittenen Schreck zurückführte, zeigte vor der Behandlung ein weinerliches Wesen, das nach derselben schwand. Ebenso wurde in einem Falle (Granatverschüttung), der ein auffallend stumpfes, apathisches Wesen an den Tag legte und sogar Kot ins Bett ließ, das psychische Verhalten nach der Faradisation normal. Bei einem andern Kranken dagegen (Ursache der Gangstörung angeblich Rheumatismus), der ebenfalls Kot unter sich ließ, auf Fragen keine Antwort gab, auf Nadelstiche am Körper nicht reagierte, also eine Art Stupor darbot, schwand nach der Behandlung zwar die Gangstörung und die Unreinlichkeit, doch zeigte er noch längere Zeit hindurch ein gehemmtes Wesen, saß stundenlang für sich da, verkehrte mit niemandem, gab nur auf Stimulation Antwort.

Unsere Beobachtungen zeigen, wenn auch die Zahl von etwas über 6000 Krankenaufnahmen für eine statistische Verwertung zu klein ist, eine anscheinend auffällig geringe Prozentzahl von Neurosen bei den türkischen Mohammedanern. Den weitaus größten Teil von ihnen bildeten Gangstörungen, die wohl auch bei unseren Soldaten die häufigsten funktionellen Krankheitsbilder darstellen. Interessant erscheint uns das Fehlen von Schütteltremores, Myotonoclonia trepidans und dergl. unter dem — allerdings kleinen — Materiale.

Die Ursache dieser merkwürdigen Tatsache wird man vielleicht



zum Teil in gewissen Unterschieden des Temperamentes und der Weltanschauung zu suchen haben: Man spricht ja dem Türken ein gewisses Phlegma und eine fatalistische Lebensauffassung zu. Man wird aber zu ihrer Erklärung wohl in erster Linie die Annahme heranziehen dürfen, daß dem weniger kultivierten Orientalen die Neigung zu theatralischen Erscheinungsformen seines Leidens in verhältnismäßig geringerem Grade eignet [1]). Die Kultur des Westens, die neben allen Fortschritten auch viel des Unwahren und Marktschreierischen an den Tag bringt, scheint auch in der Neurose das In-die-Augen-Springende, Effekthaschende zu fördern.

Daß diese Verschiedenheit der neurotischen Zustandsbilder bei verschiedenen Nationen auch eine gewisse Stütze für die Anschauung bildet, daß die Zittererscheinungen nicht mechanischen Schädigungen des Zentralnervensystems, sondern psychischen Momenten ihren Ursprung verdanken, sei schließlich noch nebenbei erwähnt.

---

[1]) Auch bei den bosnischen Mohammedanern sind die funktionellen Gangstörungen nach unseren Erfahrungen in der Mehrzahl der Fälle nicht von Zittern begleitet. Den hysterischen Anfällen, die bei bosnischen Soldaten verhältnismäßig häufig sind, scheint unter den auffälligen funktionellen Störungen eine Sonderstellung zuzukommen, vielleicht weil das Beispiel der epileptischen Anfälle für ihr Auftreten von Bedeutung ist, oder aber, weil der funktionelle Krampfanfall sozusagen eine natürlichere Reaktionsweise darstellt; ist er ja auch bei uns im Frieden eine viel gewöhnlichere Erscheinung als die oben erwähnten, uns im Kriege so geläufig gewordenen Zustandsbilder.

Zur Frage erzieherischer Behandlungsweise in den psychiatrischen Abteilungen[1]).

Von

Dr. med. et phil. **P. Prengowski,** Oberarzt am psychiatrischen Krankenhause St. Johannes in Warschau.

Die Art und Weise der persönlichen Beziehungen des Anstaltsarztes zu den in der Anstalt untergebrachten Geisteskranken ist bisher ungenügend wissenschaftlich bearbeitet worden, und es gibt darüber keine allgemein anerkannten Regeln. Die Psychiater benehmen sich im Verkehr mit den Kranken, je nach ihren gesellschaftlichen Gewohnheiten, ihrem Temperament, ihrer größeren oder geringeren Berufsfreudigkeit und Liebe zu den Kranken etc., verschiedenartig. In bezug auf die jugendlichen Kranken und die Schwachsinnigen wurde diese Frage mehr erörtert, auch in den Versammlungen diskutiert, so z. B. in der Jahresversammlung des Deutschen Vereins f. Psychiatrie in Dresden April 1905. In der genannten Versammlung lobte *Hess* in seinem Referate[2]) die guten Resultate des von *Kahlbaum* begründeten ärztlichen Pädagogiums in Görlitz. Die meisten Stimmen aber in der damaligen Diskussion über die Fürsorge-Erziehung gingen darauf hin, daß die pädagogisch-erzieherischen

---

[1]) Nach einem am 16. Juni 1917 in der neurol.-psychiatrischen Sektion der Warschauer med. Gesellschaft gehaltenen Vortrage. — Wenngleich wenigstens in deutschen Anstalten ein erzieherischer Einfluß auf die desselben bedürftigen Kranken, freilich ohne Heranziehung der Zwangsjacke, wohl allgemein angestrebt wird, scheint mir doch die Besprechung der Frage nach der Berechtigung solcher „erzieherischer Strafen" und ihrem Unterschiede von gerichtlichen Strafen zur Klärung beizutragen. Der Schluß erinnert an *Stransky*s Satz: „Was ist die moderne Kriminalpsychologie im Grunde anderes als eine Hineintragung psychiatrischer Gesichtspunkte in Rechtswissenschaft und Rechtspflege?" (Dieser Bd., S. 23). *H. L.*

[2]) „Psychiatrisch-pädagogische Behandlung bei Jugendpsychosen." Ref. in dieser Zeitschrift Bd. 62, S. 582.



Maßregeln dort enden, wo das psychiatrische Element hervortritt. *Mönkemöller* schreibt in seiner im J. 1913 erschienenen Arbeit[1]), daß die Frage der Fürsorge-Erziehung „vor ein Dilemma stellt, das weder theoretisch noch praktisch ganz zu lösen ist, und das uns gerade in der praktischen Mitarbeit auf diesem Gebiete manchmal in Verlegenheit bringt". Nämlich es „muß die Erziehung bei allem Wohlwollen, bei aller Güte straff und zielbewußt sein. Sie wird immer einmal in die Lage kommen, strafen zu müssen", — dagegen muß „die Psychiatrie unbedingt den Grundsatz aufrechterhalten, daß ein psychisch kranker Mensch nicht für das verantwortlich gemacht werden darf, was er in geistig unfreiem Zustande begangen hat".

In den hiesigen, von mir geleiteten psychiatrischen Abteilungen wende ich auch seit acht Jahren den Geisteskranken gegenüber Methoden an, welche pädagogisch oder erzieherisch genannt werden können, weil es sich ebenso, wie bei der Erziehung von Kindern, darum handelt, das Verständnis für Gut und Böse zu entwickeln resp. zu erhalten, sowie um die Anwendung üblicher Erziehungsmittel, wie: Lob, Zureden, Ermahnung, Tadel, Verweis, sowie anderer, zur Kategorie der pädagogischen Strafen gehörenden. Ich werde im folgenden Beispiele aus meiner Praxis vorführen, aus denen die Nutzbarkeit derartiger Behandlungsweise ersichtlich ist.

Fall 1. Korzel . . . ., 43 J., kräftig gebauter Bauer, im Endzustande der Dem. praecox, mit häufig auftretenden Erregungszuständen, körperlich gut entwickelt, kräftig, sehr gefährlich für seine Umgebung. Hat während seines $2^{1}/_{2}$ Jahre dauernden Aufenthaltes im Krankenhause einem Kranken die Testikel abgerissen, drei Kranken Rippen gebrochen, so daß zwei daran starben, einem Pfleger mehrere Rippen gebrochen, mehrmals Finger abgebissen. Er war der Schrecken sowohl der Pfleger als auch der anderen Kranken. Besonders furchtbar war er im Zustande der Erregung, in die er namentlich geriet, wenn nur irgendetwas nicht ganz nach seinem Willen ging. Als er aus einer anderen in meine Abteilung kam, tat ich anfangs, als ob ich ihm besondere Aufmerksamkeit schenkte, gab ihm öfters Zigaretten, die er gerne rauchte, tat so, als ob ich ihm besonderes Vertrauen schenkte, lobte ihn bei jeder Gelegenheit und ließ ihm seine kleinen Unarten gegen andere Mitkranke hingehen. Er benahm sich längere Zeit hindurch im allgemeinen gut und zeigte keine größere Aggressivität gegen seine Umgebung. Allmählich aber wurde er frech, geriet in Streitigkeiten mit anderen Kranken und schlug einmal

[1]) „Psyhiatrie und Fürsorgeerziehung." Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1913. Bd. 70, S. 754.

einem Mitkranken kräftig ins Gesicht. Mein daraufhin erfolgtes Zureden, meine Ermahnungen und Vorwürfe, die ich ihm machte, hatten das Ergebnis, daß er erst nach $1^1/_2$ Monaten seine Aggressivität wieder zeigte, und zwar in der Weise, daß er einen Pfleger fast zu Tode prügelte. Als ich ihm deshalb Vorhaltungen machte, begann er mich zu beschimpfen und versuchte mich anzugreifen. Da es offensichtlich war, daß einfache Isolierung auf ihn keinen besonderen Eindruck machen würde, ließ ich ihm die Jacke anlegen und ihn ins Isolierzimmer sperren, was alles nur im größten Kampfe vor sich gehen konnte. Dabei erklärte ich ihm und ließ auch durch die Pfleger es ihm öfters erklären, dies alles sei die Strafe für seine Gewalttätigkeit. Nach mehreren Stunden, nachdem er sein aufrichtiges Bedauern über sein Benehmen geäußert hatte, ließ ich ihn von der Jacke befreien. Am nächsten Tag verließ er das Isolierzimmer, in das er nicht mehr gebracht zu werden brauchte, da er während seines ganzen späteren, sieben Monate langen Aufenthaltes in meiner Abteilung weiterhin niemanden mehr angriff. Wenn er wieder in Zorn geriet, schlug er sich selbst an den Kopf und ins Gesicht, schlug mit aller Wucht mit den Beinen um sich, mit den Armen an die Wand, schrie schrecklich, aber berührte niemanden mehr.

Fall 2. Kaźmier, 26 J. alt, aus Arbeiterfamilie stammend, imbezill, arbeitlustig und bei Arbeiten in der Abteilung behilflich. Er geriet aber leicht in Streitigkeiten und war im Zorne sogar manchmal für seine Umgebung gefährlich. Aus diesem Grunde konnte er auch nicht zu Hause bei seiner Mutter gelassen werden. Mehrmals, wenn die Mutter ihn aus dem Hospital genommen hatte — er konnte wegen seiner Arbeitsamkeit ihr nützlich sein —, mußte er zurückgebracht werden, weil er seine Mutter oder irgendwen aus seiner Umgebung geschlagen hatte. Ich hatte noch nicht lange die Abteilung übernommen, da war ich von ihm bespuckt und angegriffen worden. In der Abteilung war Kaźm. vollständig Herrscher, das Pflegepersonal war mehr von ihm abhängig als umgekehrt. Oft wurde er von anderen begabteren Kranken, z. B. einem chronischen Alkoholiker, dazu aufgestachelt, mit Kranken, Pflegern oder sogar dem Arzte, mit dem sich jener Alkoholiker schlecht stand, anzubinden; dabei behauptete er, er könne tun, was er wolle, und man könne ihm nichts anhaben, da er geisteskrank sei. Nachdem wiederholte Vorhaltungen, Vorwürfe, Tadel usw. keinen Erfolg gehabt hatten, ging ich zur Isolierung Kaźm. über, und einmal, im November 1909, wurde ihm die Jacke auf mehrere Stunden angelegt. Es verging kaum ein Monat seit der Übernahme der Abteilung durch mich, als sich das Benehmen Kaźm.'s änderte. Er war nicht mehr aggressiv und fügte sich willig in die Hausordnung. Nach einigen Monaten, im Juli 1910, konnte er aus der Anstalt entlassen und der Mutter übergeben werden, ohne daß er wieder zurückgebracht werden mußte. Nach ungefähr einem Jahre erfuhr ich, daß die Mutter mit ihm zufrieden sei, er fleißig arbeite und für die Umgebung ungefährlich sei.



Fall 3. Jer..., imbezill, arbeitsam, gerät sehr leicht in Zorn und ist dann aggressiv. Manchmal griff er auch, ohne in Zorn zu geraten, seine Umgebung an. Einmal, als er bei der Administration beschäftigt war, warf er eine Dienstmagd aus dem ersten Stock hinaus, die es nur besonderem Zufall zu verdanken hatte, daß sie gut davonkam. Wegen seiner großen Aggressivität durfte er selten zu Arbeiten außerhalb der Abteilung geschickt werden, obwohl es in Anbetracht seiner Arbeitsamkeit wünschenswert war und er selbst den Wunsch nach Betätigung hatte. In der Abteilung regte er die anderen Kranken oft auf, schlug sie bei den geringsten Anlässen und hetzte sie gegen das Pflegepersonal auf. Oft äußerte er, er könne sogar totschlagen, wenn er wolle, und man könne ihm nicht einmal etwas dafür anhaben, da er krank sei, im „Tollhause" sich befinde, daher unverantwortlich sei und nicht bestraft werden könne. Die Anwendung der milden Mittel, wie Ermahnung, Tadel, Vorwürfe usw., hatte Erfolg, aber nur für kurze Zeit. Wenn es früher alle vier bis sechs Tage zu einem Exzesse gekommen war, verlängerten sich jetzt dank der genannten Beeinflussung die Pausen bis zu zwei bis drei Wochen. Aber erst eine härtere Behandlung, Isolierung und manchmal auch Anlegen der Jacke hatte hier eine bedeutendere und dauerhaftere Wirkung. Seit zirka vier bis fünf Monaten kam es bei ihm zu keinen Exzessen mehr, er erregt in der Abteilung nicht mehr Unzufriedenheit, fügt sich in die Hausordnung und ist stets korrekt sowohl dem Pflegepersonal als auch dem Arzte gegenüber. Es ist ihm größere Freiheit gewährt worden, und er konnte außerhalb der Abteilung beschäftigt sein.

Fall 4. Ku..., 48 J., höherer Staatsbeamter, Endzustand der Dementia praecox, befindet sich seit vier Jahren in der von mir geleiteten Privatanstalt. Während der ersten Monate seines Aufenthalts in dem Sanatorium benahm er sich gut, war ruhig und unterwarf sich willig der Anstaltsordnung. Allmählich aber fing er an, sich in verschiedene Anstaltsangelegenheiten zu mischen, und wenn ihm dabei etwas nicht gefiel, geriet er in Zorn, beschimpfte alles, schrie, drohte, zerschlug Fenster, warf mit Gegenständen nach dem Pflegepersonal und erregte dadurch Furcht und Schrecken in der ganzen Anstalt, um so mehr, als er ein stark gebauter und kräftiger Mann ist. In diesem Zustande waren alle Vorhaltungen, Bitten und ähnliche Beeinflussungsmittel umsonst. Aber auch wenn er wieder ruhig geworden ist, war mit diesen Mitteln ihm nicht beizukommen, da jede Anrede ihn von neuem aufregte. Als solche Wutausbrüche mehrere Male in der Woche aufzutreten begannen, entschloß ich mich, schärfere Maßregeln zu ergreifen. Ich sperrte K. auf einige Tage in seinem Zimmer ein, ohne jedoch offene Gewalt anzuwenden. Abends, wenn K. am Tage aufgeregt gewesen war und sich ins Bett gelegt hatte, wurden ihm Kleider und Schuhe fortgenommen unter dem Vorwand, sie müßten in Reparatur gegeben werden. Am anderen Tage, wenn K. ganz ruhig geworden war, setzte ich ihm in freundlicher Weise auseinander, daß er durch seine Zornausbrüche überall Unruhe und Furcht



hervorrufe und alles vor ihm Angst hätte, man sei ihm aber ganz freundlich und wohlwollend gesinnt; er solle sich daher beherrschen und es nicht immer zu solchen Auftritten kommen lassen. Er müsse zunächst einige Tage in seinem Zimmer bleiben, damit die übrigen Patienten, denen er solchen Schrecken eingejagt hätte, sich wieder beruhigen könnten. Nach einigen Tagen war dann K. auf sechs Wochen wieder ruhig und ordentlich. Nach dieser Zeit fing er wieder an über Sachen, die ihn gar nichts angingen, seine Unzufriedenheit zu äußern, und es kam wiederum so weit, daß er für mehrere Tage in seinem Zimmer isoliert gehalten werden mußte. Diese Maßnahmen werden bei K. nun stets angewandt, und zwar gelingt es damit, ihn für ein bis zwei Monate in Schach zu halten. Dann aber, wenn sich Anzeichen bemerkbar machen, daß er sich wieder schlecht zu benehmen anfangen will, wird er gleich für ein bis zwei Tage in seinem Zimmer festgehalten. Jedenfalls ist es dank dieser Behandlungsweise möglich geworden, diesen Patienten in der Privatanstalt zu halten und ihm sonst volle Freiheit zu geben.

Fall 5. Bad . . ., 39 J., Hypomane; spielte die Hauptrolle in der Abteilung, beeinflußte andere Kranke, war ihr Anführer, ihr Schiedsrichter. Bei der Herrschaft, die Bad. ausübte, gab es mehr als einen, der von ihm geschlagen wurde oder der mit ihm Hab und Gut teilen mußte, so daß er allen bald zu viel wurde. All meinem Zureden und meinen Vorstellungen wich er aus, stellte sich als den Unschuldsengel hin, versicherte, lediglich von seinem Wunsch, mir zu helfen, geleitet worden zu sein, und tat wie zuvor. Im August 1910 beging Bad. eine, im September zwei und im November zwei größere Gewalttätigkeiten gegen andere Kranke. Als die Klagen über Bad. sich vermehrten und alle milderen Mittel ihn nicht beeinflußten, entschloß ich mich zur Repression. Ich sagte ihm einmal in freundlicher Weise, er dürfe es mir nicht übelnehmen, wenn ich durch wiederholte Beschwerden und Klagen über sein Benehmen gezwungen würde, ihn isolieren zu lassen, schon um vor den anderen Kranken nicht als ungerecht zu erscheinen. Im November 1910, als die Klagen über ihn sich wieder häuften, machte ich die Sache so, daß es gelang Bad. seine Schuld zu beweisen, ohne daß er sich wieder herausreden konnte, und er wurde isoliert. Dabei sagte ich ihm in freundlichem Tone, ich werde von jetzt ab mit ihm stets so verfahren. Nach einigen Stunden wurde Bad. wieder freigelassen. Da er großen Ehrgeiz hatte, hat die Maßregel auf ihn so gewirkt, daß er bis zu seiner Entlassung aus dem Krankenhaus nicht mehr Anlaß zu Klagen gab.

Fall 6. Mick . . ., 73 J., gut gebauter kräftiger Alkoholiker, seit 1909 im Krankenhause, quälte das Pflegepersonal und sämtliche Ärzte, bestahl seine Mitkranken, behandelte fremde Personen, die in die Anstalt kamen, um Kranke zu besuchen, in brutaler Weise, hetzte andere Kranke gegen die Abteilungsleitung auf, verleitete sie zu Gewalttätigkeiten und zu Diebstählen. Ebenso verstand er es, sich stets von Zeit zu Zeit etwas Alkohol zu verschaffen. Ließ ich dann genauer kontrollieren,



auf welche Art und Weise er in den Besitz von Alkohol kam, dann richtete er seinen ganzen Haß auf mich, und es kam so weit, daß er mich anspuckte, mit den Füßen nach mir stieß, sagte, den größten Fehler hätte man gemacht, als man mir das Ärztediplom gegeben habe usw. Mehrmalige Isolierung, das einmalige Anlegen der Jacke auf einige Stunden hatten zur Folge, daß Mick. sich gut zu benehmen anfing.

Fall 7. Pap . . ., im Endzustande der Dementia praecox mit von Zeit zu Zeit auftretenden leichten Erregungszuständen, in denen er aggressiv wurde. Im April, Mai, Juni 1910 war er als Urheber von Schlägereien vermerkt worden. Nach einmaliger Isolierung und zweimaligem kurzdauernden Anlegen der Jacke war er während der letzten Monate des Jahres 1910 und des ganzen Jahres 1911 wegen Aggressivität nicht mehr eingetragen worden.

Fall 8. Roszk. . ., 41 J., Dementia paranoides, schlug im August 1910 einmal den Pfleger, ein anderes Mal einen anderen Kranken. Nach einmaliger, einige Stunden dauernder Isolierung schlug er niemanden mehr. Ende April 1911 ist er nach einer anderen Anstalt übergeführt worden.

Fall 9. Dejn . . ., 46 J., Endzustand der Dementia praecox, verursachte großen Schaden dadurch, daß er stets Fensterscheiben zerschlug. So fielen ihm z. B. vom 16. bis 30. August 1909 acht Fensterscheiben zum Opfer. Ende August jenes Jahres begann die Einwirkung auf den Kranken zuerst mit Vorhaltungen, Tadel usw., dann mit einige Male wiederholter kurz dauernder Isolierung. Das Resultat war, daß Dejn. erst am 13. September jenes Jahres wieder eine Fensterscheibe zerschlug und seither keinen Schaden mehr in der Abteilung verursachte. Am 12. Dezember 1911 ist er nach einer anderen Anstalt übergeführt worden.

Fall 10. Ryg . . ., im Endzustand der Dem. praecox, war aus einer anderen Anstalt gekommen, da man ihm dort wegen des großen Schadens, den er der Anstalt durch Zerreißen jeglicher Kleider verursachte, nicht halten wollte. In der Abteilungschronik steht vermerkt, daß er in zwei Tagen (am 11. und 13. September 1909) drei gewöhnliche Jacken, drei Hemden und drei Paar Unterhosen, darunter zwei aus dickem Leinen, zerrissen hat. Infolge der Schwierigkeiten, die die Anstaltsverwaltung bei der Ausgabe von neuen Kleidungsstücken für Ryg. machte, mußte Ryg. sich oft nackt im Einzelzimmer aufhalten. Die gewöhnlichsten pädagogischen Maßregeln haben schon im Beginn ihrer Anwendung erreicht, daß Ryg. vom 14. September bis 19. Oktober 1909 nichts zerrissen hat, obwohl er früher alle paar Tage etwas an seiner Kleidung zerrissen hatte. Bald aber erwiesen sich die angewandten Mittel, wie Vorhaltungen, Tadel usw. als von gering anhaltender Wirkung. Am 19. Oktober zerriß Ryg. wieder Hemd und Hosen, am 21. Oktober Hosen aus dickem Leinen, am 24. Oktober Hosen, am 31. Oktober Hosen. Schärfere Maßnahmen gegen Ryg. erreichten, daß er erst am 16. November wieder ein Hemd und erst am 14. Dezember jenes Jahres wieder einen Jackenärmel zerriß. Seitdem fielen nur in Abschnitten von mehreren

Wochen wieder einmal ein Ärmel einer Jacke oder ein Teil von einem anderen Kleidungsstück dem Kranken zum Opfer, und auch dann geschah es mehr aus Phantasie als aus Lust, Schaden anzurichten. Das konnte jedoch unsere guten Beziehungen auf die Dauer nicht stören, und Ryg. erhielt die Möglichkeit, sich in seinem gewöhnlichen Anzuge frei in der übrigen Abteilungsgesellschaft zu bewegen.

Die Anwendung der in den angeführten Beispielen dargelegten Maßregeln bei der Behandlung der Geisteskranken hat vor allem folgende Vorteile:

1. Es vermindert sich in den Abteilungen die Zahl der üblichen Schlägereien und damit auch der dabei vorkommenden Verletzungen.

2. Es tritt überall mehr Ruhe und Ordnung ein, wodurch der Aufenthalt in der Abteilung für die Kranken angenehmer und der Eindruck des „Tollhauses" gemildert wird.

3. Das Pflegepersonal, welches so den Angriffen von seiten der Kranken und der damit verbundenen Gefahr weniger ausgesetzt wird, gibt sich eifriger seinen Pflichten hin und verbleibt lieber im Dienst; dabei gerät es weniger in Versuchung, auf eigene Faust sich bei den Kranken Geltung zu verschaffen.

4. Einzelne Kranke, wie z. B. im Fall 2, erlangen durch diese Art Erlernung gewisser Selbstbeherrschung die Möglichkeit, sich außerhalb der Anstalt aufzuhalten, — anderen, wie in den Fällen 3, 4, 10, kann größere Freiheit gewährt werden.

Zugunsten der Anwendung dieser Methode spricht auch, daß diese Behandlungsweise dem bei den meisten Kranken in größerem oder geringerem Grade vorhandenen Rechts- und Gerechtigkeitsgefühl entgegenkommt, dieses Gefühl weckt und weiter entwickelt. Meistenteils ersuchen die Kranken ja selbst um „Bestrafung des Schuldigen". Selbst in komplizierten Ereignissen beurteilen die Kranken die Sache meist richtig und bestimmen den Grad „der Schuld" recht gut. Wenn etwas von einem Kranken angestellt wird, welcher sich dessen gar nicht bewußt ist, daß er schlecht getan hat, begreift das die Mehrzahl der Kranken meist leicht und verlangt auch dann nicht nach „Bestrafung".

Endlich muß auch der Umstand als Vorteil betrachtet werden, daß die besprochene Behandlungsweise guten Einfluß auf die Beziehungen zwischen den Kranken und dem Arzte ausübt, diese Beziehungen familiär macht. —

Gewöhnlich werden in den Anstalten die bösartigen und gefährlichen Kranken so behandelt, daß sie entweder stets isoliert bleiben oder besonders bewacht werden oder sich unter Verhältnissen aufzuhalten gezwungen sind, die sowohl auf den Kranken wie seine Umgebung schlechte Wirkung auszuüben geeignet sind. Es handelt sich vor allem ja darum, entweder die äußeren Reize, die in dem Kranken Motive und Lust zu Schlechtem erregen, fernzuhalten oder, wenn diese Motive schon vorhanden sind, durch äußere Momente zu verhindern, daß sie schlechte Folgen zeitigen. Sowohl das eine wie das andere gelingt, wie bekannt, oft nicht. Bei der Behandlung der Kranken, von welcher hier die Rede ist, handelt es sich wie bei jeder Erziehung darum, daß den Motiven, die nach der schlechten Richtung hin führen, sich entgegengesetzt wirkende, jene neutralisierende Gegenmotive gegenüberstellen. Zu diesem Ziele führen die pädagogischen Hilfsmittel, wie Lob, Bitte, Vorwurf, Tadel, Strafen u. dgl. Offenbar hat hier das Wort „Strafe“ eine andere Bedeutung, als im Gerichtswesen. Wie in der Erziehung von Kindern, so auch hier bei den Geisteskranken richtet sich Lob oder Strafe nicht nach dem objektiven Grad des Verdienstes oder des Vergehens, sondern lediglich danach, Lust zum Guten und Abscheu vor Bösem zu bewirken. Wenn bei einem Kranken nicht die Hoffnung besteht, ein solches Resultat erreichen zu können, dann wird selbstverständlich diese Art Einwirkung auf den Kranken nicht angewendet, so z. B. bei Epileptikern im Dämmerzustande, Manischen höheren Grades, Paralytikern bei vorgeschrittener Demenz, Idioten u. s. w. Wenn ein solcher Kranker etwas beschädigt, jemanden schlägt oder gar umbringt, so wird keine erzieherische Maßregel imstande sein, irgendeine Wirkung auf ihn auszuüben, und in diesen Fällen muß durch spezielle Beobachtung, besondere Baueinrichtungen, spezielle Vorsichtsmaßregeln dafür gesorgt werden, daß üble Folgen aus dem Benehmen des Kranken nicht entstehen.

Dagegen nicht im Dämmerzustande befindliche Epileptiker, Manische geringen und oft auch mittleren Grades, Paralytiker in nicht allzuweit vorgeschrittenem Stadium, Imbezille, die meisten Hebephrenen, Paranoiker jeder Art, Alkoholiker usw. sind in größerem oder geringerem Grade den erwähnten pädagogischen Einflüssen zugänglich. Sie besitzen ein gewisses Verständnis für gut und böse, für das, was man darf und nicht darf. Durch Bemer-



kungen, Tadel, Bitten, darauf Bestehen, sich zu entschuldigen, nicht Geben der Hand, Beschämen, Zigaretten Verweigern etc., wenn das nicht hilft, Isolierung von der Umgebung und im äußersten Falle Anlegen der Zwangsjacke — was ich nur bei gleichzeitiger Isolierung tue, um den schlechten Eindruck auf die Umgebung zu vermeiden — erzielt man gewöhnlich guten Erfolg. Die oben dargestellten Vorteile und vor allem der Umstand, daß man auf diese Weise das Pflegepersonal wie andere Kranke vor körperlichen Beschädigungen und manchmal sogar vor Todesgefahr seitens der gefährlichen Kranken schützen kann, begründen offenbar vollständig die Anwendung z. B. der Zwangsjacke in solchen Fällen, in denen alle anderen Mittel erfolglos sind, der Kranke aber einer solchen erzieherischen Einwirkung zugänglich ist. —

Die ungenügende Berücksichtigung, die die besprochene Art der Behandlung in den psychiatrischen Abteilungen erfährt, scheint mir zwei Gründe zu haben: sie erfolgt 1. aus der viel verbreiteten falschen Meinung heraus, daß in der Regel die Geisteskranken in jeder Beziehung anders funktionieren und reagieren, als normale Menschen, so daß die bei normalen Menschen angewandten Methoden hier keine Anwendung finden können, — 2. aus der Zweideutigkeit des Wortes „Strafe", wobei man geneigt ist zu glauben, die Geisteskranken, die durch die Staatsgesetze für unzurechnungsfähig betrachtet werden und von Gerichtsstrafen befreit sind, dürften auch keinen pädagogischen Maßregeln und Strafen unterworfen sein. Letztere Ansicht ist offenbar unzutreffend. Kinder sind doch auch von Staatsstrafen befreit, unterstehen aber der Strafgewalt des Erziehers, deren Idee und Zweck ebenso wie bei der erwähnten Behandlung der Geisteskranken ja auch ganz anders geartet sind. Wenn die von den Gerichten ausgesprochenen Strafen nur in geringem Grade die Verbesserung des Sträflings bezwecken, hauptsächlich aber als vor Vergehen abschreckende Beispiele für die Mitmenschen dienen sowie dem allgemeinen Gerechtigkeitsgefühle genugtun, dabei für den Bestraften Schande sind, so werden die erzieherischen Maßregeln und Strafen nur durch die Idee der Besserung des Bestraften geleitet; sie tragen auch nicht Schande in sich. Sie stehen auch in keinem Verhältnisse zur Größe des Vergehens, so z. B. wenn in einer psychiatrischen Abteilung für schwere Körperverletzung oder sogar Tötung eines Menschen die Zwangsjacke für nicht lange Zeit angelegt wird.



Blücher in kranken Tagen.

Von

Stabsarzt Dr. **K. E. Mayer**-Tübingen-Ulm.

Gegenüber der psychiatrischen Betrachtungsweise geschichtlich wertvoller Persönlichkeiten besteht ohne Zweifel ein gewisses Vorurteil, das in der Befürchtung wurzelt, daß ideale Werte zerstört würden, wenn krankhafte Züge im Wesen solcher Menschen ans Tageslicht gezerrt werden. Und in der Tat das Bild einer solch prächtigen, herzerfrischenden Gestalt wie der des alten Blücher, dem sich im Gedenken an die große Zeit vor 100 Jahren unsere Blicke im gegenwärtigen großen Krieg wieder besonders zuwenden, sollte in seiner fast sagenhaften Größe als ein Denkmal und Symbol jener Zeit erhalten bleiben. Aber ein tieferes Verständnis für seine Persönlichkeit tut diesem Mann keinen Abbruch an seiner Größe. Die Grundzüge seines Wesens bleiben auch bei unserer Betrachtung unverändert, manche Seltsamkeit in Zeiten ausgesprochener Krankheit wird erklärlicher, scheinbar fremde Züge in seinem Charakterbild hellen sich auf und wir treten ihm menschlich näher.

Die Persönlichkeit Blüchers ist in ihren Hauptzügen ja bekannt; eine Menge von Anekdoten erzählt von seinem unbeugsamen Mut, seinem zielbewußten Vorwärtsdrängen, seiner Fähigkeit, im rechten Augenblick das rechte Wort zu finden und rasch und richtig zu handeln, und vor allem von seinem scheinbar unbesiegbaren, oft auch derben Humor. Daß es aber Zeiten gab, in denen der Mut und der Humor dieses Mannes einer großen Verzagtheit und einem tiefen Trübsinn gewichen ist, diese Tatsache dürfte vielen fremd und seltsam erscheinen. Unbestimmte Angaben über eigentümliche Wahnideen oder über zeitweise Kränklichkeit des alten Blücher finden sich wohl da und dort in der Literatur. Die erste Zusammenfassung dieser Angaben unter einem psychiatrischen Gesichts-



punkte stammt aber m. W. von *Kreuser*[1]), der Blüchers Depressionszustände als ein Beispiel dafür anführt, wie auch noch im höheren Alter bei solchen Erkrankungen eine völlige Wiederherstellung eintreten kann. Nach *Kreuser* waren dem Leiden, das im Sommer 1808 zum Ausbruch kam, im Jahre 1804 schon Vorboten vorausgegangen; gemeint sind damit die Äußerungen über „grausam anhaltende Schmerzen am Kopf und besonders an beiden Ohren". Nach dem 9 Monate dauernden schwersten Anfall vom Jahre 1908/09, wo ein Zustand ausgesprochener Depression mit eigentümlichen Wahnideen aufgetreten war, seien dann noch mehrere Rückfälle, und zwar der erste bedenklichere Rückfall im März 1814 während der Kämpfe um Laon eingetreten. Auch in späteren Jahren habe er noch bis an sein Lebensende im Jahre 1819 an „Grillen der Hypochondrie", an Rückfällen des alten Übels gelitten, ohne daß, außer einer leichten Gedächtnisschwäche, sonstige Erscheinungen einer geistigen Abnahme hinzugekommen wären.

Dies ist in kurzen Zügen etwa der Verlauf der Depressionszustände Blüchers vom Jahre 1804 ab. Diese Erkrankungen Blüchers erhalten aber nicht bloß durch die Persönlichkeit des Kranken ganz individuelle Züge, sondern sie sind auch ohne nähere Kenntnis der psychischen Eigenart Blüchers nicht richtig zu beurteilen, da sie in engstem Zusammenhang mit den in gesunden Tagen hervortretenden Charaktereigenschaften Blüchers standen. Um ein klares Bild von Blüchers Psychose zu bekommen, war es daher unerläßlich, an der Hand der Blücher-Biographien [2]) und insbesondere der zahlreichen Aufzeichnungen von Zeitgenossen die ganze Persönlichkeit auch in gesunden Tagen kennen zu lernen und dann die Schilderungen von Augenzeugen aus den Zeiten der Krankheit eingehend zu studieren. Ein weiteres wertvolles Material boten endlich auch die zahlreich gesammelten Blücherbriefe, die erst im Jahre 1913 von *Unger* in einem 345 Seiten starken Bande zusammengestellt wurden [3]). Die Briefe sind hier nicht in der ursprünglichen, oft kaum verständlichen

---

[1]) *Kreuser*, Über Geistesstörungen im höheren Lebensalter und ihre Genesungsaussichten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71.

[2]) *K. A. Varnhagen von Ense*, Preuß. biogr. Denkmäler. 2. Teil: Fürst Blücher von Wahlstadt. Berlin 1826. *Friedrich Wigger*, Geschichte der Familie Blücher. II. Bd. Schwerin 1878, 1879. — Derselbe, Feldmarschall Fürst Blücher von Wahlstatt. Schwerin 1878 (aus dem Vorhergehenden entnommen). — *Karl Blasendorff*, Gebhard Leberecht von Blücher. Berlin 1887. — *W. v. Unger*, Blücher. 2 Bde. Berlin 1907, 1908. — *Johannes Scherr*, Blücher. Seine Zeit und sein Leben. 8. Auflage. Leipzig, 1914 (1. Aufl. 1862), u. a.

[3]) Blüchers Briefe. Hrsg. von *W. v. Unger*. Stuttgart und Berlin 1913.

Orthographie Blüchers abgedruckt, sondern zum besseren Verständnis in die richtige Schreibweise übertragen.

Blücher stammt aus einem weitverbreiteten niedersächsischen Adelsgeschlecht. Seine Vorfahren scheinen gesunde, tüchtige Menschen gewesen zu sein. Über auffallende Charakterzüge der nächsten Vorfahren und Verwandten ist, abgesehen von einem Falle, nichts bekannt. Dieser eine Fall betrifft den Ururgroßvater Blüchers, Bernhard Blücher. Über diesen ist bei *Wigger* (a. a. O.) gesagt, daß sich durch die unglückliche Kriegslage (im 30jährigen Kriege) seine Stimmung mehr und mehr verbitterte. „Es kam hinzu, daß er neben der sonst so lobenswerten Energie wenig Herrschaft über sich besaß, zu Jähzorn und Gewalttätigkeiten geneigt war". Im Jahre 1628 beging er auf offener Landstraße einen Totschlag an einem Bauern. An einem Kreuzweg soll er nämlich „ohne jenige gegebene Ursache" auf einen Bauern, der mit einem Wagen hinter ihm herkam, mit seinem Schwerte eingehauen und ihn schließlich durch 14fache Verwundung getötet haben. Ob dieser Bernhard Blücher „vielleicht überrauschet" war oder im Jähzorn handelte, ist nicht zu entscheiden. Die Tat wurde aber als so schwer angesehen, daß Bernhard Blücher deshalb noch nachträglich im Jahre 1641 oder 1642 enthauptet wurde (vgl. *Wigger* a. a. O.).

Über den Charakter der Eltern Blüchers ist in den einschlägigen Werken wenig vermerkt. Der Vater, Christian Friedrich Blücher, als Rittmeister früher in hessen-kasselschen Diensten, nahm 1737 plötzlich seinen Abschied, nach der Familiensage deshalb, weil er bei einem Duell mit tödlichem Ausgang sekundiert hatte. Er starb 65jährig im Jahre 1761. Die Mutter Dorothea Marie geb. von Zülow starb 67jährig nach kurzer Krankheit im Jahre 1769.

Wie sein Vater und Großvater hatte auch der spätere Fürst Gebhard Leberecht von Blücher zahlreiche Geschwister. Von neun Geschwistern war er das jüngste. Soweit näheres über Blüchers Brüder bekannt ist, waren es lebhafte, temperamentvolle Menschen.

Gebhard Leberecht von Blücher ist am 16. Dezember 1742 in Rostock geboren. Er verlebte eine fröhliche, frische und gesunde Jugendzeit; doch hatte er, wie er später sagte, „alles versäumt, was er hätte lernen sollen". Außer Pocken sind aus seiner Kindheit keine Krankheiten bekannt. Vierzehnjährig kam er nach Rügen zu seiner verheirateten Schwester; als 1758 zwei rügensche Herren für Schweden zwei Husarenschwadronen aufstellten, ging Blücher mit seinem 2½ Jahre älteren Bruder Siegfried auch zu den Husaren. — Die Husaren galten damals aber eigentlich als „Soldaten niederer Klasse, bei denen nur Abenteurer eintraten, und die man überall da verwandte, wo eigentliche Kavallerie zu schade schien" (*Unger* a. a. O.). Nach zweijährigem schwedischen Dienst fiel Blücher als Junker bei einem Gefecht nördlich vom Kavelpaß bei Friedland, wahrscheinlich am 27. August 1760, preußischen Belling-Husaren in die Hände.



Da aber Belling, der Kommandeur des preußischen Husarenregiments, Blücher behalten wollte, wurden Auswechslungsverhandlungen angeknüpft, wobei der junge Blücher von seinem früheren Oberst Sparre als „hurtig und keck“, vom schwedischen General als „gewandt, von gutem Aussehen und tadelfreier Führung“ bezeichnet wurde. Nach einigen Wochen hatte Blücher das preußische Offizierspatent. Als sehr tiefgreifend darf aber dieser Fahnenwechsel nicht angesehen werden. Denn zwei Brüder Blüchers waren schon früher in preußischen Diensten gewesen, Blüchers Bruder Siegfried aber hatte im Frühjahr ebenfalls den schwedischen Dienst verlassen und war in mecklenburgischen Dienst übergetreten, außerdem stand auch der König von Schweden nur widerstrebend auf der Seite der Gegner seines Schwagers, Friedrich des II. Die nun folgenden Kriegsjahre, welche Blücher bei den Bellinghusaren miterlebte, waren, wie Unger sich ausdrückt, „für seine spätere Laufbahn von größter Bedeutung; hier entwickelte sich seine ungestüme, verwegene, aber auch wieder vorsichtige, listenreiche Husarenart“.

Von 1763—1770 lebte Blücher in verschiedenen Garnisonen in Hinterpommern. Er hat von dieser Zeit später gesagt, er habe sich um gar nichts gekümmert; „anstatt zu studieren habe er gespielt, getrunken, sich mit den Weibsleuten abgegeben, gejagt und sonst lustige Streiche verübt“. „Den Wert des Geldes“, sagt *Bieske*, „kannte er nicht, er lebte nur für die Gegenwart, unbekümmert um die Zukunft. War das Geld verspielt, so hatte es nicht den geringsten Einfluß auf seine heitere und frohe Laune; er konnte alles Gewohnte entbehren, nur nicht guten Anzug und gute Pferde“. Als Soldat hatte er sich tapfer gezeigt, hatte auch ein gutes Selbstvertrauen, „zog sich aber durch seine freie und ungebundene Sprache mehrere Händel und Raufereien zu. . . . Sein Säbel war stets so locker, daß er sich bei einer Strafpredigt, die ihm der General v. Belling hielt, so weit vergaß, selbst diesen zu fordern, worauf er . . . nach Neu-Stettin versetzt wurde“ [1]).

Im Jahre 1771 und 1772 beteiligte sich Blücher an der Besetzung Polens und zeichnete sich durch einen glücklichen Angriff auf einen weit überlegenen Gegner aus. Aber die Klagen über Bedrückung der Bevölkerung durch das Husarenregiment häuften sich, der König war darüber sehr aufgebracht. Dies wurde dann indirekt der Anlaß zu dem vielfach besprochenen plötzlichen Abschied Blüchers aus dem Heer. *Ungers* Darstellung davon ist folgende: „Blücher war zum ältesten Stabsrittmeister aufgerückt, und schon zum zweiten Male wurde im Regiment eine Schwadron frei . . ., nun erhielt am 10. Oktober 1772 die frei gewordene Schwadron . . . ein Premierleutnant v. Jägersfeld, der von einem andern Husarenregiment hineinversetzt wurde. Jägersfeld war bedeutend älter

[1]) Dr. *Karl Ludwig Bieske*, Der Feldmarschall Fürst Gebhard Leberecht Blücher von Wahlstatt. Berlin 1862.



und diente auch drei Jahre länger als Blücher; er übersprang drei Stabsrittmeister im Regiment, da er bisher nur Premierleutnant gewesen war." Blücher war empört und zog ohne Rücksicht auf seine bedrängten Vermögensverhältnisse die Folgerung: er erbat den Abschied. Daraufhin wurde er kassiert, d. h. mit schlichtem Abschied entlassen. Offenbar war dem König persönlich damals nichts Nachteiliges über Blücher bekannt. Die Randbemerkung des Königs zeigte vielmehr die Ursache seines Zornes, er schrieb nämlich: „Ist kein Husaren-, sondern ein Zigeunerregiment, und da meritieren diejenigen, so in der Masse beigestanden haben, kein Avancement." (*Unger* a. a. O.)

Die Zeit außer Dienst von 1773 bis 1787 hatte Blücher benutzt, um als tüchtiger Landwirt seine Güter zu bewirtschaften. Auch hatte er im Jahre 1773 sich verheiratet und mußte bald für eine zahlreiche Familie sorgen. Er galt auch bei seinen Standesgenossen als eifriger Landwirt [1]). Man rühmte seinen „hellen Blick und leichte Orientierung". Damals trat er in die Freimaurerloge in Stargard ein. „Bauern und Dienstleuten gegenüber kam sein gutes Herz, oftmals auch seine Heftigkeit zutage" (*Unger* a. a. O.). Doch fand er in dieser Tätigkeit als Landwirt keine volle Befriedigung.

Zehnmal von 1778 bis 1785 hat Blücher an Friedrich den Großen Bittgesuche um Bewilligung eines regelrechten Abschieds als Major, um Wiederanstellung im Forstdienst oder im Heere nachgesucht. *Wigger* spricht von „fast krankhafter Sehnsucht", mit welcher der „sonst so empfindliche" Mann seine Wiederanstellung erstrebte. Zweimal machte er sogar geltend, daß er wegen Krankheit den Abschied genommen habe und jetzt wieder gesund sei. Alles war vergeblich. Erst durch Friedrich Wilhelm II. erreichte er nach weiteren wiederholten Bittgesuchen am 23. März 1787 seine Wiederanstellung als Major und wurde dadurch „einer martervollen Untätigkeit", worin er sich seit der Dienstentlassung befunden habe, entrissen [2]).

Blücher machte nun schon im Herbst und Winter 1787/88 als Schwadronchef den unblutigen Feldzug nach Holland mit. Er soll durch geschicktes Benehmen in Deventer für Ruhe gesorgt haben. Am 1. Februar 1788 kam er aus Holland wieder zurück. Trotz der Kleinheit der Garnison fühlte er sich in der Folgezeit nicht vereinsamt, da er immer gute Gesellschaft fand. 1790/91 nahm er an einem Heeresaufmarsch gegen Österreich und Rußland teil; als er dann im Herbst 1791 nach

---

[1]) *Blasendorff*, Blücher als Gutsbesitzer. Pyritz 1889 (4. Progr. des K. Bismarck-Gymnasiums in Pyritz).

[2]) *Karl Blasendorff*, Blüchers Wiedereintritt in das Heer. Stettin 1897 (Jahresber. d. König Wilhelm-Gymnasiums zu Stettin für das Schuljahr 1896/97).



Rummelsburg zurückkam, traf er seine Frau nicht mehr unter den Lebenden; sie war schon im Juni dieses Jahres gestorben.

Im Frühjahr 1792 bat Blücher ausdrücklich, aber vergeblich, am Feldzug gegen Frankreich teilnehmen zu dürfen, da sein Regiment nicht zum Ausmarsch bestimmt war. Im Jahre 1793 und 1794 beteiligte er sich in rühmlicher Weise an den beiden Rheinfeldzügen. Blücher zeigte sich als tüchtiger, kluger und tapferer Truppenführer, der jede Gelegenheit, dem Feind eine Niederlage beizubringen, rasch und sicher zu erfassen wußte. Auch der König erkannte seine Verdienste an. Im Juni 1794 wurde er Generalmajor und Chef des Husarenregiments. Ja selbst die Feinde bezeugten ihren Respekt vor dem tapferen Husarenführer, indem sie ihn „le roi rouge" nannten.

Zum ersten Male hören wir im Jahre 1795 von einer tieferen gemütlichen Verstimmung Blüchers, wenn wir nicht schon die klagenden Briefe über die „martervolle Untätigkeit" vor seinem Wiedereintritt ins Heer als Zeichen krankhaft gedrückter Stimmung ansehen wollen. Im Winter 1794/95 wurde er nämlich von einer „langwierigen" Krankheit befallen; dies wissen wir aus einem eigenhändigen Briefe Blüchers an den Kronprinzen vom 11. Februar 1795, in welchem er für die geäußerte Teilnahme bei dieser Krankheit, von der er „endlich zu genesen hoffe", seinen Dank aussprach. In diesem Briefe heißt es dann weiter: „Nur in der Hinsicht, dem König, meinem Herrn, und dem ganzen Königlichen Hause noch Dienste leisten zu können, ist mir die Rückkehr meiner Gesundheit und die Verlängerung meiner Tage angenehm; sonst leide ich unter so manchem Kummer, daß ich deren Beendigung froh entgegensehen möchte. Während meinem Dasein aber werde ich mich unablässig bemühen, E. K. H. fernere Huld zu verdienen."

Nach *Unger* war es weder die Sorge um die Politik, noch um sein Regiment, das sich gut bewährt hatte, was ihn niederdrückte. Näheres über diese Krankheit erfahren wir aber nicht. *Unger* bringt vielmehr die Niedergeschlagenheit Blüchers in Zusammenhang damit, daß das Regiment in dieser Zeit so viele ältere Offiziere verlor und Blücher mit den verschiedenen Abschieden als Chef vielleicht auch viel Ärger gehabt hatte; außerdem kam hinzu, daß ihn häusliche Sorgen drückten: Blüchers Frau war 1791 gestorben, und nun sorgte er sich um die fernen Kinder, deren Erziehung im großelterlichen Hause ihm nicht gefiel. „Überhaupt aber neigte Blücher", bemerkt *Unger* ganz treffend, „sobald er sich nicht wohl fühlte, zum Schwarzsehen, wie das bei lebhafteren Naturen ja häufig ist; überdies waren seine eigenen Geldverhältnisse durch den Krieg und das Spiel in üble Verfassung geraten. Von der Krankheit erholte er sich aber bald; drei Wochen nach jenem trüben Erguß konnte er persönlich das Regiment nach Norddeutschland zurückführen".

Mit Abschluß des Friedens kam Blücher Ende April 1795 mit einigen Truppen nach Ostfriesland, wo er im Juli 1795 den schon öfters erwogenen



Plan einer zweiten Heirat verwirklichte; er verheiratete sich in Aurich mit der 30 Jahre jüngeren Tochter des Präsidenten von Colomb; aber auch durch diese Ehe wurde er kein „ruhiger, ordentlicher Mensch", wie er gehofft hatte, sondern blieb nach wie vor eifrig dem Spiel und froher Geselligkeit ergeben.

Um diese Zeit erlitt Blücher zwei Verletzungen: er verrenkte sich bei einem Sprung mit dem Pferde einen Fuß; trotz einer Erholungsreise nach Pyrmont behielt er davon zeitlebens einen unregelmäßigen Gang und etwas schiefe Haltung; außerdem hatte ihm bei der Jagd ein zerspringendes Gewehr von einem Finger ein Stück abgerissen.

In dem nun folgenden Friedensdienst fühlte sich Blücher nicht so recht behaglich. Oft hatte er sich gegen tatsächliche oder vermeintliche Zurücksetzungen zu wehren, und zwar tat er dies, wie immer, auf die energischste Weise; meist wandte er sich, wie schon früher, direkt an den König bzw. an dessen Generaladjutanten Zastrow und hielt dabei nie mit ausführlicher Hervorhebung seiner bisherigen Verdienste zurück, anderseits zeigte er aber auch wieder gelegentlich eine gewisse Resignation, z. B. in dem Briefe an Zastrow vom 19. September 1795, worin er schrieb: „Aber ich habe kein Glück, und wir Husaren sind im Kriege die Lasttragenden. Zu distinguierten Posten gelangen wir im Frieden nicht, und wie wir zurückgesetzt gegen die Kavallerie sind, das beweiset unser Etat." Über die „Stiefkindschaft" der Husaren klagte er übrigens auch noch später des öfteren. Am 23. September 1804 schrieb er z. B. an Major Kalckreuth: „Ich hoffe, die Stiefkindschaft der Husaren höre nun nachgerade auf, der König scheint sich mehr für sie zu portieren. Ich habe sehr dreist über unsere Zurücksetzung gesprochen."

Im Winter 1795/96 mußte Blücher nach Münster übersiedeln, wo es ihm nicht recht gefiel. Am 27. September 1797 schrieb er an Zastrow: „Wenn werde ich denn einmal aus diesem Lande der Heiligen erlöst werden, wo die Menschen weit ärmer an Verstand wie an Gütern sind, wo 42 übermütige Domherren den Schweiß der Armut unverdient verprassen. . . . Bei all meinen Leiden fühle ich das am stärksten, mein braves Regiment nicht zu sehen. Das Bataillon, so hier ist, steht so getrennt, daß nicht 40 Pferde davon zusammen sind. Indessen ich muß Geduld haben, es ist der Dienst und der Wille des Königs." Auch die Schreibarbeit behagte ihm nicht. Am 17. Oktober 1799 schrieb er in einem Briefe an den Landschaftssekretär Häse in Stargard: „Wenn ich erst jetzt Ihren Brief vom 7. April beantworte, so verzeihen Sie das. . . . Aber, mein Freund, vielfältige und zum Teil sehr unangenehme Beschäftigungen haben mich verstimmt, und ich bin am Schreibtisch gleichsam angeheftet. Sie kennen meine Lebhaftigkeit und wie wenig ich zum Stillsitzen geneigt bin."

Im Jahre 1800 verlegte Blücher sein Hauptquartier nach Emmerich, wo er bis Frühjahr 1801 weilte; auch aus dieser Zeit sind durch Über-

lieferungen Züge seines gemütlichen, geselligen Wesens erhalten; später wurde dann das Hauptquartier wegen politischer Veränderungen nach Lingen verlegt.

Im Jahre 1802 mußte Blücher Münster besetzen. Dort lernte er jetzt den Freiherrn vom Stein kennen, der zum Oberpräsidenten ernannt worden war, und der, wie Blücher sich ausdrückte, ganz mit ihm harmonierte. Dies gute Verhältnis wirkte auch günstig auf die Beziehungen der Bewohner von Münster zu Blücher, so daß nach einem halben Jahre Domkapitel und Stände den König baten, ihnen Blücher als Gouverneur zu geben, da „der landeskundige, biedere, rechtschaffene, gutmütige, wohldenkende, wohltätige, einsichtige und kluge Mann durch Manneszucht und gutes Benehmen Zufriedenheit und Ruhe zwischen den Soldaten und Einwohnern erhalten“ habe.

Am 8. Dezember 1803 klagte Blücher zum ersten Male wieder in einem Briefe an seinen Freund Kutscher über ernstliche körperliche Beschwerden, wie er sie offenbar schon früher einmal gehabt hatte, da er schrieb: „. . . Nun, mein Freund, muß ich Ihnen sagen, daß meine Gesundheit nicht zu-, aber wohl abnimmt. Ich leide wieder grausame und anhaltende Schmerzen am Kopfe, besonders an beiden Ohren. Dies ist nun wohl Folge des Alters und der Fatigen, auch wohl aus nicht allezeit beobachteten ordentlichen Lebenswandel. Man muß denken: du hast vieles empfangen. Indessen, mein lieber Freund, muß man doch an einen vernünftigen Rückzug denken. Ich will nur noch die französische Geschichte hier abwarten, dann aber zur Ruhe gehen und mich zu einem ruhigen Leben begeben. Ich hoffe, mich wird der Urlaub, wenn es nicht zum Kriege kommt, akkordiert, und dann geh' ich nicht mehr nach Münster zurück. Bei Berlin habe ich ein sehr schönes Gut, und da will ich meine Tage verleben. . . .“

Trotz des besseren Verhältnisses zu den Münsterländern war er nicht mit ihnen zufrieden; in dem eben genannten Briefe schreibt er weiter unten: „Ich könnte nun wohl zufrieden sein, aber ich bin es nicht. Münster und die Münsteraner gefallen mich nicht, und daß ich das Regiment nicht bei mich habe, ist mir unerträglich. . . . Die Landwirtschaft hat jetzt mehr Reiz vor mich als der Dienst; so verändert sich alles.“ Übrigens hatte er schon am 17. Oktober 1799 an Häse geschrieben: „Glaubte ich nicht, mich eines Undanks schuldig zu machen, so nähme ich den Abschied, und lange diene ich doch nicht.“

Die Kopf- und Ohrenschmerzen scheinen sehr hartnäckig zu sein. Denn noch am 3. Juli 1804 schrieb er an Kutscher, daß er vom 6. Juli bis 6. August 1804 auf ärztlichen Rat in Pyrmont wegen seiner Kopf- und besonders wegen der Ohrenschmerzen eine Badekur nehmen werde.

Schon längere Zeit drohte der Krieg mit Napoleon. Blücher war sich über die feindlichen Absichten der Franzosen schon lange im klaren. Einem Kriege sah er aber voll Zuversicht entgegen. Der Krieg brach aus.

Am 14. Oktober 1806 erlitt Preußen bei Jena und Auerstädt die entscheidende Niederlage. Mehrmals hatte Blücher durch kühne Reiterangriffe, die aber — zum Teil auch durch die Schuld der Oberleitung — nicht genügend vorbereitet waren, bei Auerstädt versucht, das Schicksal des Tages zugunsten der Preußen zu wenden, alles aber war vergeblich gewesen. Bei dem nun folgenden Rückzug der Armee zeichnete sich Blücher durch den trefflich geleiteten Zug nach Lübeck aus, wohin er vor ständig nachdrängenden überlegenen feindlichen Massen zurückwich und dadurch einen großen Teil der feindlichen Streitkräfte vom Hauptkriegsschauplatz fernhielt. Eine kräftige Unterstützung fand er dabei an Scharnhorst, den er damals näher kennen und schätzen lernte. Bei Lübeck mußte aber Blücher mit seinen noch 9000 Mann starken Truppen kapitulieren, da Lübeck nicht genügend zur Verteidigung eingerichtet worden war und von den Franzosen überrumpelt wurde. Bis zu seiner Auswechslung durfte er seinen Aufenthalt in Hamburg nehmen.

Trotz der vielen Enttäuschungen, die Blücher erlebte, der noch am 18. September 1806 an Rüchel geschrieben hatte: „Die Franzosen sind ebenso gewiß, daß sie Schläge kriegen, als wir uns sicher sind, daß wir sie schlagen", blieb er ungebeugt: am 15. Dezember 1806 schrieb er an den Präsidenten Vincke in Münster von Hamburg aus: „Trotz allen Strapazen, allen Anfällen, allem Kummer und Verdruß bin ich noch ziemlich wohl; ich fürchte, daß die Untätigkeit, worin ich lebe, mehr auf meine Gesundheit wirkt als alles Vorerwähnte, doch kann mein Zutrauen zur Vorsicht (= Vorsehung) und mein Mut durch nichts verändert werden, ich hoffe noch immer das Beste, unser Unglück kann uns allein stark und entschlossen machen. —"

Inzwischen war die für Napoleon ungünstige Schlacht bei Eylau geschlagen worden. Die Aussichten für die verbündeten Preußen und Russen standen wieder besser, und am 16. März 1807 erhielt Blücher die Kunde, daß er gegen einen gefangenen französischen General ausgewechselt werden sollte. Auf seiner Reise zur Weichsel wurde er überall mit Begeisterung begrüßt. Der ungünstige Eindruck, den die französische Armee auf ihn machte, erhöhte seine Siegeszuversicht. Nach seiner Meldung bei Napoleon, der ihm sagte, daß er sich freue, den bravsten (= tapfersten) preußischen General kennen zu lernen, fand am 25. April 1807 die Auswechslung statt. Der König empfing Blücher mit „wahrer Herzlichkeit". Mit „Feuer" trug Blücher dem Monarchen die guten Aussichten für einen Angriff auf die französische Armee vor. Als aber Blücher mit dem russischen Oberkommandierenden Bennigsen sprach, entging seinem klaren Blick der schlimme Zustand der politischen Lage nicht; er äußerte nachher seine Ansicht in den seither viel zitierten Worten „Kommt, Kinder, hier ist alles verloren! Wir sind verraten und verkooft!"

In der folgenden Zeit wurde Blücher als Führer eines Hilfskorps für Schweden nach Stralsund gesandt; bei der Überfahrt „erlagen viele



der Seekrankheit, der General aber blieb davon befreit und war von der besten Laune". Blücher landete am 30. Mai 1807 in Stralsund. Er war voll der besten Hoffnungen. Damals trat er auch zum ersten Mal in nähere Beziehungen zu Gneisenau, dem tapferen Verteidiger von Kolberg. Aber mitten in den Vorbereitungen für den Feldzug begann Blücher an einem fiebrigem Zustand zu kränkeln; da er es nicht lassen konnte, trotzdem Besichtigungen abzuhalten, verschlimmerte sich das Leiden; obendrein traf ihn schwer der Tod seiner Schwiegertochter (*Unger* a. a. O. I, S. 328).

Am 4. Juli 1807 schrieb Blücher an den Minister Graf von Hardenberg aus Greifswald: „Ich bin sehr und dauernd krank gewest, aber in völliger Besserung." Der Waffenstillstand und die Aussicht auf Frieden war ganz gegen Blüchers Willen. Im Juli 1807 schrieb er ganz resigniert an Gneisenau: „Wie er (der Friede) sein wird, mag die Zeit lehren; ich sehne mich nach Ruhe und bin es inne geworden, daß bei jetzigen hochaufgeklärten Zeiten das Soldatenmetier das elendeste ist." Blücher war in starker Versuchung, auch gegen des Königs Absicht mit den 16 000 Schweden und Engländern auf Berlin zu marschieren, um dadurch den Krieg im Osten wieder in Gang zu bringen und womöglich Österreich mit fortzureißen (*Unger* a. a. O.). Am 7. und 9. Juli 1807 wurde aber der Friede von Tilsit unterzeichnet, nach Treitschke [1]) „der grausamste aller französischen Friedensschlüsse, unerhört nach Form und Inhalt".

Im August 1807 wurde Blücher zum Generalgouverneur von Pommern und der Neumark ernannt. Sein Hauptquartier hatte er im Schlosse zu Treptow aufgeschlagen. Am 12. August 1807 schrieb er von dort an Hardenberg: „... Meine Gesundheit hat die letzte Zeit sehr gelitten; der unaufhörliche Verdruß hat mehr als alle Fatigen auf mich gewirkt. ..." Seinem Logenbruder Professor Sprickmann in Münster gegenüber schüttete er sein Herz aus in einem Briefe vom 7. September 1807, welcher beginnt: „Mein Herz trauert um das Unglück, was den Staat und meinen Herrn betroffen; und die traurige Erinnerung an so manchen verlorenen Freund, an viele mich so herzlich ergebene Menschen trübt meine noch lebenden Tage." ... „Glauben Sie mich, mein inniger Freund, die Welt ist nichts Besseres wert als zu verbrennen." ... „Ich werde, solange ich noch hier bin, das erfüllen, was meine Überzeugung mich Pflicht nennt. Übrigens bin ich so abgestumpft, daß nichts einen beständigen Eindruck mehr auf mich macht. Ich habe viel gelitten und viel erfahren, aber noch bin ich bei weitem nicht befriedigt; ich sehe auch noch Tage vor mir, die alles vernichten. ..."

---

[1]) Heinrich von Treitschke, Deutsche Geschichte im 19. Jahrhundert. I. Teil. S. 264. 3. Aufl. Leipzig 1882.



Während Scharnhorst an der Reorganisation der Armee arbeitete, wie sie auch von Blücher angestrebt wurde, wenn er durch Gneisenau seinem Freund Scharnhorst sagen ließ, er sollte „vor eine Nationalarmee sorgen", verfiel Blücher immer mehr in eine schwere Krankheit. Am schlimmsten war die Erkrankung im Winter 1808/09; doch abgesehen von früheren Vorläufern waren, wie wir sahen, schon im Sommer 1807 wiederholte ernstliche Beschwerden und Verstimmungen aufgetreten.

Im Herbst 1807 schrieb Stein seiner Frau, nachdem er auf der Reise nach Preußen (30. September 1807 kam er nach Memel) Blücher besucht hatte: „Ich fand ihn, wie Du ihn kennst: brav, ohne Falsch, dem König und dem Staate ergeben, von den Offizieren und den Soldaten geliebt, mit Achtung auch von den Franzosen behandelt, aber gealtert und nicht so heiter wie früher."

Am 16. November 1807 schrieb dagegen Präsident Vincke in sein Tagebuch über Blücher, daß er die Freude hatte, ihn recht wohl, gefaßt und ruhig ergeben zu finden" [1]). Aber Blücher kränkelte offenbar weiter. Am 14. März 1808 bat er in einem Schreiben an den Generaladjutanten Lottum, daß der Oberstabschirurgus Horlacher, den er um keinen Preis von seiner Seite verlieren wollte, nicht abkommandiert werde. „Wenngleich meine Gesundheit", schrieb er, „jetzt ziemlich wieder retabliert ist, so können doch unvorhergesehene Zufälle eintreten, die ein geschickter Arzt, wie der Horlacher wirklich ist, nur beurteilen kann."

Im ganzen sind in der *Unger*schen Sammlung von Blücher-Briefen aus der Zeit vom Oktober 1807 bis März 1809 nur 4 Briefe abgedruckt, gegenüber 16 von Februar bis September 1807 und 18 von April bis Oktober 1809, und von diesen 4 Briefen ist nur die Unterschrift von Blücher eigenhändig geschrieben außer einem kleinen Zusatz in einem Brief an Gneisenau am 6. Januar 1808, während sämtliche Briefe vom Jahre 1807 und 1809, außer 2 Briefen an den König, von Blücher selbst geschrieben waren. Diese vier Briefe sind die beiden erwähnten Briefe vom Januar 1808 an Gneisenau und vom 14. März 1808 an Lottum, außerdem aber ein kurzer Brief vom 25. April 1808 an seinen Schwager Ludwig v. Colomb und als vierter ein Brief vom 19. August 1808 an Regierungsrat Borgstede, worin er die Hoffnung ausspricht: „vielleicht will uns jetzt der Himmel wohl, und uns lächelt eine frohere Zukunft"; in diesem Briefe spricht er weiterhin davon, daß er aus militärischen Rücksichten um Nachrichten bittet, daß er aber zurzeit nicht wisse, ob die bis jetzt getroffenen Maßnahmen gegen Frankreich gerichtet sind. Er schließt den Brief: „Meine Gesundheitszustände werden täglich bedenklicher; ich leide unaussprechlich und gestehe aufrichtig, daß mir in dieser Lage meine Existenz zuwider wird. Erhalten mir E. H. Ihre fernere Freundschaft usw."

[1]) Leben des Oberpräsidenten Freiherrn v. Vincke. Nach Tagebüchern bearbeitet von *E. v. Bodelschwingh.* S. 337/8. Berlin 1853.



Daß Blücher im August 1808 vorübergehend wieder eine bessere Zeit hatte, dafür spricht auch der Brief Scharnhorsts, der auf einen eigenhändigen Brief Blüchers schrieb: „Ew. Exz. Brief hat mir unbeschreibliche Freude gemacht; alle sagen und alle schreiben, und ich sehe es aus Ihrem eigenen Schreiben, daß der Geist nichts gelitten. Sie sind unser Anführer und Held, und müßten Sie auf der Sänfte uns vor- und nachgetragen werden; nur mit Ihnen ist Entschlossenheit und Glück" (s. *Varnhagen v. Ense* a. a. O. S. 137, *Blasendorff* a. a. O. S. 136/7, *Wigger* S. 80; *Unger* datiert dies Schreiben Scharnhorsts, der Sachlage nach wohl irrtümlicherweise, auf Sommer 1809, s. *Unger* a. a. O. I, S. 341). Außer den genannten Briefen sind bei *Blasendorff* (G. L. v. Blücher S. 139 ff.) einige geschäftliche Schreiben aus dem Winter 1808/09 erwähnt, worin Blücher seine Ansprüche auf eine standesgemäße Wohnung in Stargard in entschiedener Weise geltend macht. Um eigenhändige Schreiben Blüchers scheint es sich indessen nach der Schreibweise nicht zu handeln.

Der nächste Brief, an den früheren Adjutanten Blüchers Grafen von der Goltz vom 4. April 1809 von Stargard aus geschrieben, blickt auf eine schwere Krankheitszeit zurück und klingt wieder hoffnungsfreudig, munter und energisch wie fast alle Briefe Blüchers in gesunden Zeiten. In diesem Briefe heißt es u. a.: „. . . Goltz, ich lebe hier unbeschreiblich froh. Die Pommern tragen mich auf Händen; täglich erhalte ich neue Beweise von Freundschaft und Zuneigung. Meine Kinder sind alle bei mich. . . ." Er fährt dann fort: „Von meiner unglücklichen Krankheit bin ich so geheilt, daß ich weit gesunder bin, wie ich nie war; ich habe solchen Appetit zum Essen, daß ich mich alle Augenblicke den Magen verderbe, und ob ich gleich wie ein Skelett war, so habe ich doch schon wieder so zugenommen, daß ich stärker, wie zuvor bin. Übrigens geht wieder alles nach alter Weise; des Morgens treibe ich meine Geschäfte und dann genieße ich unter Freunden das Leben. Karte biege ich nach alter Weise. Tauentzien, der mich besucht hat, kann Ihnen mehr darüber sagen . . . .Um mich habe ich lauter gute Menschen. . . . Übrigens bin ich in einiger Fehde mit den Herrn in Königsberg. Nach meine unglückliche Krankheit haben die Herrn sich beikommen lassen, mich für einen halben Invaliden zu betrachten; aber ich hole sie jetzt heran und habe den König geschrieben, wo er meinen Dienst nicht gebrauchte, mich meinen Abschied zu geben, ich wisse Brot zu finden und verlangte nichts; aber der Monarch behandelt mich nach alter Art und die anderen . . . (in den Briefen nicht zitierter Kraftausdruck) werde ich schon dienen. Der alte Generalchirurgus Goerke hat den König gesagt, er hätte keinen gesünderen General wie mich. Aber denken Sie sich die . . . (nicht zitierter Kraftausdruck), man hat den König weiß gemacht, meine Verstandeskräfte hätten sehr gelitten; aber der König ist jetzt anders belehrt und behandelt mich mit völligem Vertrauen nach alter Art. Jetzt, mein Freund, heißt es bei mich die Augen auf, — denn ich erwarte alle Tage Feinde in meine Nachbarschaft. Zu



ihren Empfang, wer sie auch sind, halte ich mich bereit und handle ganz nach meine Überzeugung, da ich ganz ohne Instruktionen bin; indessen bin ich das letzte gewohnt. Den meisten Ärger hat es mich gemacht, daß man meinem Regiment Namen und Montierung nahm; ich schrieb dem König darüber und legte ihm das Regiment und meinen Dienst zu Füßen. Den Namen erhielt das Regiment wieder. Wegen der Montierung schrieb mir der König, er könne es nicht mehr ändern, das Regiment nennt der König die Pommerschen Blücherhusaren. . . .“

Aus der frischen Schreibweise dieses Briefes geht hervor, wie vollständig Blücher sich tatsächlich von der schweren Gemütserkrankung erholt hatte. Was aber in der Zwischenzeit von 1808 bis Frühjahr 1809 geschehen war, darüber berichtet eine Reihe von Zeitgenossen.

In dem bekannten franzosenfeindlichen Briefe Steins, welcher durch eine Unvorsichtigkeit den Franzosen in die Hände fiel und seine sofortige Entlassung zur Folge hatte, heißt es unterm 15. August 1808: „Der General Blücher ist sehr hinfällig; ihn zu unterstützen hat man den Oberst Bülow nach Colberg geschickt“ (*Vincke* a. a. O. S. 361).

Näheres über die Zeit der Krankheit vom Winter 1808/09 erfahren wir besonders von *Brummer* und *Eisenhart*.

Während seiner Krankheit in Treptow im Jahre 1808 wohnte Blücher im dortigen Schloß. Kammerrat *Brummer*, der nach dem Kriege von 1806/07 als Pensionär in seinem Elternhause, eben in diesem Schlosse, lebte, erzählt aus dieser Zeit folgendes [1]):

Am 26. Juli 1807 traf der General in Treptow an der Rega (in Hinterpommern) ein und „nahm mit seinem ältesten Sohne Franz, damals Rittmeister, Wohnung auf dem Schlosse, wo zugleich auch die Kommandantur und die Bureaux des Hauptquartiers sich befanden. Später traf auch des Generals Gemahlin hier ein. Im Mai 1809 ging der General v. Blücher nach Stargard i. P.“ (Nach andern Berichten wohl richtiger schon im Herbst 1808, s. *Ense* a. a. O. S. 137, und zwar im November 1808; s. *Blasendorff*, G. L. v. Blücher S. 139; *Unger* a. a. O I, S. 340). Im Jahre 1811 wohnte Blücher zum zweiten Mal in Treptow. Der Verf. fährt dann fort: „In die Zeit des ersten Aufenthaltes Blüchers in Treptow fällt jene schmerzhafte Krankheit, die ihn des Schlafes und aller Tätigkeit beraubte, über welche jedoch die kräftige Natur des Helden siegte.

„Was in bezug auf diese Krankheit und von den durch dieselbe herbeigeführten sonderbaren Ausbrüchen aufgeregter Einbildungskraft erzählt wird, ist größtenteils Fabel.

„Die Krankheit (eine starke Hypochondrie, von einem heftigen Unterleibsübel ausgehend) — war eine höchst selten vorkommende, noch

[1]) *Brummer:* Bruchstücke einer größeren Arbeit über „Selbsterlebtes“, niedergeschrieben im Jahre 1846 (Anhang zu Dr. *Bieskes* Blücher; vgl. Anm. S. 326).



seltener aber wird der an derselben Leidende wieder völlig hergestellt, was zu erreichen jedoch Blüchers damaligem Arzt, dem Stabsarzt Horlacher (zuletzt Regimentsarzt beim 2. Garderegiment) völlig gelang.

„Im Anfange der Krankheit legte sich der General, Ruhe gegen die heftigen Schmerzen suchend, häufig in einen Mantel gehüllt, auf die Terrassen des Gartens, oder er saß auch wohl auf einem Feldstuhle der zum Schlosse führenden Lindenallee. Späterhin konnte er für längere Zeit das Zimmer nicht mehr verlassen, und in dieser Zeit erhitzte sich, durch den Mangel des Schlafes und durch den Genuß starken Kaffees, der fast des Kranken einzige Nahrung war, seine Phantasie in dem Maße, daß er von Schmerzen gequält, in ruhelosen Nächten, Erscheinungen zu sehen glaubte.

„Der Ofen in seinem damaligen Schlafzimmer war von weißer Farbe und bildete einen Würfel, auf welchem, im Geschmack der früheren Zeit, eine Säule stand, welche eine Urne trug. Hier glaubte er zuweilen eine weiße Gestalt zu sehen, welche, die Säule umfassend, das Haupt an die Urne legte In seinen Visionen glaubte er auch öfter, längst Verstorbene zu sehen, und behauptete auch wohl, daß dieselben ihm gewinkt hätten. Andere Visionen und Einbildungen sind dem Verf. mit Gewißheit nicht bekannt geworden, als eben die hier angeführten und diejenigen, welche der General v. Eisenhart in seiner Selbstbiographie mitteilt" (der Herausgeber fügt hinzu: „Obige Mitteilungen sind um so interessanter, als der Verf. zur Zeit der vielbesprochenen Krankheit Blüchers mit demselben in einem Hause wohnte und mit demselben in nahem Verkehr stand"). „Vor dem Fenster dieses Zimmers", fährt der Verf fort, „steht ein Apfelbaum, der gerade in jenem Jahre ausgezeichnet schöne und viele Äpfel trug Es gereichte dem kranken, trübsinnigen Feldherrn in seiner Einsamkeit — wie er öfter wiederholte — zur angenehmsten Unterhaltung, die Äpfel zu betrachten und zu zählen, und bat er daher seinen Hauswirt, meinen Vater, ja keine dieser Früchte abnehmen zu lassen, weil sie seine einzige Freude ausmachten. Selbstredend wurde diesem Wunsche gewillfahrt."

„Von dem Zimmer aus trifft das Auge auf die Wischowsche Kirche." ... „Unter den Bäumen dieses Kirchhofes wollte Blücher, dem Tode sich nahe glaubend, begraben sein. Seine Bestattung, wie er dieselbe eingerichtet wünschte, bestellte er bei des Verf. Mutter, welcher er noch bei seiner Abreise von Treptow, im Mai 1809" (Datum wohl unrichtig, s. o.!) „seine Vermutung vertraulich dahin mitteilte: „daß er nicht lebendig bis Greifenberg" (etwa 20 km ssw. Treptow) „gelangen, daß man schon nach wenigen Stunden seine Leiche nach Treptow zurückbringen werde!""

Bei seiner Abreise von Treptow hatte „der von schweren Leiden Gebeugte" der Mutter des Verf. seine Whistmarken „in ernster, bestimmt ausgesprochener Überzeugung: daß er nie wieder von ihnen Gebrauch machen werde, als Andenken mit den Worten überreicht: „Ich habe sie viele Jahre gehabt, viel Geld damit gewonnen, aber doch noch weit mehr verloren!"



Im weiteren Verlauf der Erzählung scheint der Verf., welcher seine Erinnerungen erst 1846 niederschrieb, Begebenheiten aus der Zeit des zweiten Treptower Aufenthaltes im Jahre 1811 im Auge zu haben, wenn er heitere Anekdoten von dem „Genesenden" erzählt, oder aber handelt es sich um einzelne heitere Momente im Verlauf der Erkrankung des Jahres 1808. Eine Genesung war ja in diesem Jahre in Treptow noch nicht eingetreten. Von Bedeutung für die Beurteilung der Krankheit sind diese Anekdoten nicht.

Ich möchte deshalb einen zweiten Augenzeugen aus der Zeit der schweren Erkrankung Blüchers zu Worte kommen lassen, nämlich den schon erwähnten General Friedrich v. Eisenhart[1]), welcher von 1806 bis 1809 in Blüchers Umgebung war und Blücher freundschaftlich nahestand. Eisenhart hat zwar seine Schilderungen erst in seinen alten Tagen geschrieben, nach *Unger* steht aber „ihre Glaubwürdigkeit außer Zweifel". Eisenhart schreibt: „Der General v. Blücher wünschte, daß ich nach Königsberg reisen und alles anwenden solle, um die Umgebung des Königs und der Königin zu gewinnen, in seinen Plan einzugehen, der darin bestand, daß der König mit Österreich, das sich ungeheuer gegen Frankreich rüstete, gemeinschaftliche Sache machen möchte." Dies war im April 1808, vom 10. bis 21. April war Eisenhart am kgl. Hoflager in Königsberg. Der Auftrag, den er vom König an Blücher mitbekam, war ungefähr folgender:

„Grüßen Sie den General von mir und sagen Sie ihm, daß ich bitten ließe, sich um alles in der Welt ganz ruhig zu verhalten; es ist der Zeitpunkt jetzt noch nicht, loszubrechen, wenn wir nicht völlig vernichtet sein wollen. Doch lasse ich ihm herzlich für alles danken, und werde ich ihm gewiß es gleich schreiben, wenn Aussichten eines glücklichen Erfolgs vorhanden sind. ..." Die Königin ließ Blücher „viel Herzliches" sagen.

Rasch reiste Eisenhart nach Treptow zurück, woselbst er „mit Ungeduld erwartet wurde, jedoch nicht viel Tröstliches berichten konnte". „Der General v. Blücher", erzählt Eisenhart weiter, „konnte sich gar nicht beruhigen, daß er sich nun gelähmt sah, und wurden seine Launen manchmal unerträglich. Hierzu trug sein körperliches Übelbefinden wohl auch bei; indessen wurde dies nun erst von Tag zu Tag schlimmer. Endlich wurde der Geist des Generals so stark angegriffen, daß er Visionen aller Art hatte, die zu großen Besorgnissen Veranlassung gaben. So bildete er sich ein, daß sein Kopf versteinert sei, und er forderte mich auf, mit einem Hammer auf selbigen zu schlagen. Dann sagte er einmal zu mir, daß er schwanger sei, und als ich hierüber lachte und ihn von solchen Ideen abbringen wollte, wurde er sehr heftig. Ferner versicherte er mir, daß ihm ein Offizier, der längst tot war, erschienen sei und ihm mit dem Finger gedroht habe. Auch war ihm sein jüngstes Kind, das erst vor ein paar

[1]) Denkwürdigkeiten des Generals Friedrich v. Eisenhart. 1769 bis 1839. Hrsg. von *Ernst Salzer*. Berlin 1910.

Monaten gestorben war" (das einzige Kind aus seiner zweiten Ehe, geboren am 27. Juli 1808, gestorben am 18. November 1808), „erschienen und hatte, wie er versicherte, seine Händchen nach ihm ausgestreckt usw. . . ."

„Aber sobald sich dieser außerordentliche Mann nur einigermaßen von seinen Schmerzen erleichtert fühlte, konnte er es auch nicht unterlassen, seine alten Neckereien wieder vorzunehmen und irgendeinen, wenngleich derben, Scherz tätlich an den Mann zu bringen. Zum Beispiel will ich nur anführen, was mir selbst geschah. Wir saßen an der Mittagstafel, bei welcher der General schon seit einigen Wochen nicht mehr erschienen war, als mit einem Male derselbe aus der Tür seines Zimmers wie ein Gespenst heraustritt und einen Stock, unten mit einer eisernen Spitze versehen, in der Hand trägt, um sich darauf zu stützen. Eine weiße Nachtjacke, weiße Nachtmütze und weiße lederne Schürze waren seine einzige Bedeckung; so schreitet er vor, während wir alle aufspringen und unsere Freude an den Tag legen, ihn wieder einmal unter uns zu sehen, da er nun wohl bald völlig wiederhergestellt sein würde. „Ach! Kinder! Glaubt dies nicht", erwiderte er, „ich bin elend krank und werde es nicht mehr lange machen, aber ich wollte doch sehen, ob Ihr auch alles habt und es an nichts fehlt." Wir mußten uns wieder setzen. Diese Rede wurde von Ächzen und Stöhnen begleitet. Nun schlich er äußerst langsam, auf den Stock gestützt, von einem zum andern um den Tisch herum, und als er sich hinter meinem Stuhl befand, fühlte ich auf einmal einen Stich, der mich erschreckte und schmerzte, so daß ich mit lautem Schrei aufsprang. Da stand der alte General hinter mir und lachte aus vollem Halse, und als ich ihm bemerkte, daß dies ein etwas starker Scherz sei, erwiderte er mir: „Herr! Glaubt er, daß ich, solange ich atme, ihn zufrieden lassen werde?" Und nun ging das Gelächter wieder los. Hierauf reichte er mir die Hand, sagte: „Adieu! Pfalzgraf" (E. war fürstlich Rudolstadter Hofpfalzgraf), „sei er nicht böse, es war gut gemeint; nun muß ich Euch wieder verlassen."

„Dergleichen kleine Geschichten fielen häufig vor, so daß nicht allein wir, sondern auch sein Arzt, der Regimentsarzt Doktor Horlacher, nicht begreifen konnten, wie bei der schmerzhaften Krankheit des Generals, an deren glücklichem Ausgang man zu zweifeln Ursache hatte, ein dergleichen Humor stattfinden könne."

Nachdem nun die beiden Augenzeugen über die Blüchersche Erkrankung gesprochen haben, ist das, was *Boyen* im Jahre 1835 niedergeschrieben hat [1]), der zu jener Zeit (1808) Blücher fernstand, nur insofern von Interesse, als wir daraus erfahren, welche Gerüchte über Blüchers Krankheit umliefen. *Boyen* irrt sich auch zeitlich, wie schon *Kreuser* hervorhebt (a. a. O.), wenn er als Erkrankungszeit den Winter 1810/11 angibt (II., S. 106 ff.). *Boyen* berichtet u. a., daß Blücher „buchstäblich"

---

[1]) Erinnerungen aus dem Leben des Generalfeldmarschalls Hermann v. Boyen. Hrsg. von *Friedr. Nippold.* 2. Teil. [illegible] 1889.





glaubte, „als Strafe für seine Sünden mit einem Elefanten schwanger zu sein. Diese irrigen Vorstellungen wechselten hin und wieder mit andern ähnlicher Art und wurden dann auch wieder durch ganz lichte Augenblicke unterbrochen; eine Zeit glaubte er, daß von Frankreich aus seine Bedienten bestochen wären und ihm nun die Fußböden seiner Zimmer so heizten, daß er sich die Füße verbrennen solle, so daß er entweder nur mit aufgehobenen Beinen sitzen könne oder auf den Zehenspitzen herumspringen müsse.“ Weiterhin erzählt *Boyen* ausführlich die Vision eines auf Blüchers Veranlassung hin bestraften Offiziers, gegen den er zu kämpfen glaubte, während er einen Faustkampf gegen die Mauer führte. Diese Berichte mögen zum Teil auf richtiger Überlieferung beruhen, zum Teil tragen sie aber, auch in der Art, wie sie erzählt werden, den Stempel volkstümlicher Ausschmückung.

Bieske, seit 1813 Blüchers Leibarzt, bestätigt unsere Anschauung über die derartigen Berichte (a. a. O. S. 34): „Das dem Fürsten eigentümliche Erdichten von Krankheiten gab auch zu dem Gerede Anlaß, daß er in Stargard früher einmal geglaubt habe, er sei mit einem Elefanten schwanger, welches aber eine Unwahrheit ist und daraus entstand, daß er damals — wie auch später öfter zu mir — gesagt hatte: „Doktor! Es ist mir so, als hätte ich was Lebendiges im Leibe!““ Über die Art der körperlichen Krankheit vom Jahre 1808 spricht sich *Bieske* ebenfalls (a. a. O. S. 7/8) näher aus:

„Aus dem Jahre 1808 erwähne ich nur eines Erkrankens des Fürsten, und zwar an Unterleibsbeschwerden und Urinverhalten, letzteres von Krankheit der Prostata und Verengung der Harnröhre bedingt, so daß sich Harnfisteln bildeten, zu welchen sich noch eine sehr trübe und hypochondrische Gemütsstimmung gesellte. Nach 9monatiger ärztlicher Behandlung hatte der damalige Regimentsarzt, jetzt pensionierte Generalarzt *Horlacher* das Vergnügen, den hohen Patienten völlig hergestellt zu sehen.“

Wie schwer aber die Krankheit schon im Juni 1808 angesehen worden war, davon gibt Zeugnis ein Handschreiben des Königs vom 22. Juni 1808, womit er den General Bülow nach Treptow zurückschickte, damit er „den General v. Blücher in allen militärischen Anordnungen und Ausführungen“ unterstütze (*Blasendorff*, Gebhard Leberecht v. Blücher S. 136). Daß die Krankheit nicht ununterbrochen in gleicher Stärke sich zeigte, dafür sprechen nicht nur die oben zitierten Briefe und die Berichte von Zeitgenossen, sondern auch die Tatsache, daß Blücher am 1. Dezember 1808 (nach *Blasendorff* a. a. O. S. 142) als Besucher in der Loge in Stargard erschien. Allerdings fanden ihn die alten Bekannten „auffallend gealtert“. „Das Gesicht war schmal und gelblich, soweit es der breite Schnurrbart nicht verdeckte . . ., man hätte ihn für einen gebrochenen Greis halten müssen, hätte nicht das feurige Auge die vorhandene Willenskraft verraten. Durch die Luftveränderung (Reise nach Stargard) ward die Krankheit nicht verscheucht. Sie nahm vielmehr mit Beginn des neuen Jahres



zu; Ende Januar und Anfang Februar (1809) hat Bülow für ihn die Gouvernementsgeschäfte versehen" (*Blasendorff*).

In der Biographie Blüchers, welche *Varnhagen v. Ense* im Jahre 1826 veröffentlichte (s. Anm. 2), ist die Krankheit Blüchers harmloser dargestellt, wie überhaupt bei den Zeitgenossen aus praktischen Gründen diese Erkrankung Blüchers wie auch besonders die Krankheit des Jahres 1814 während der Kämpfe um Laon absichtlich etwas verschleiert wurde; diese Tendenz zieht sich noch bis in die Berichte der zwanziger Jahre hinein (vgl. z. B. *E. v. W. = Müffling*, Zur Kriegsgeschichte der Jahre 1813 und 1814. Berlin u. Posen 1824). *Varnhagen v. Ense* spricht nur von einer „Kränklichkeit, welche ihn im Sommer 1808 befiel und mit einigen Zwischenzeiten fast drei Vierteljahre anhielt." Er fährt dann fort: „Seine Gemütsstärke erschien dabei nicht geschwächt, sondern vielmehr erhöht, seine Vorstellungen nahmen einen lebhafteren Schwung." Weiterhin gibt der Verf. dann aber zu, daß im Herbst das Übel wieder zunahm, „und hypochondrische Leiden wirkten auf seine Einbildung, doch ohne dieselbe in dem Maße zu zerrütten, wie übertreibende Erzählung verbreitet hat. Dem alten Tollkopfe, wie er sich selbst nannte, legte man leicht als wahnvollen Schwindel aus, was die Folge vielmehr als tiefen Drang einer im Innern zur Tat ringenden Heldenkraft dargetan. In seinen Anwandlungen nämlich erzählte er viel und ausführlich, wie es künftig in der Welt kommen müsse, wie er selbst mit Heeresmacht den französischen Kaiser stürzen, Deutschland befreien und den König siegreich in sein Land zurückführen werde; alles dies ohne den geringsten Zweifel, als ganz unfehlbare Dinge. „Napoleon muß herunter," sprach er, „und ich werde schon helfen; eh' das geschehen ist, will ich nicht sterben." Man lachte ihn mitunter aus, aber er blieb auf seinem Sinn und glaubte fest an seinen hohen Beruf und dessen nahe Erfüllung."

In ähnlichem Sinne erzählt *Scherr* (a. a. O. Bd. II, S. 302 f.), daß Blücher „die Schwere und Reibung des napoleonischen Joches" empfand, „als hätt' es auf seinem Nacken allein gelegen". Er habe „sogar seinen sonst unverwüstlichen Humor" darob eingebüßt, sei „griesgrämisch, gallig, fast bis zur Tollheit aufgeregt" geworden, „so daß von ihm erzählt wird, er habe mit dem bloßen Säbel nach den Fliegen im Zimmer gehauen und gestochen, vermeinend, es mit dem Fliegengott, dem Beelzebub, dem Bonaparte zu tun zu haben. Seine Gesundheit wankte unter dem Druck solcher Gemütsleiden, und so hat er den ganzen Sommer von 1808 gekränkelt. Gerade während dieser trüben Zeit ist er jedoch zeitweilig aus seinem mißmutigen Brüten zu einer Hoffnungsfreudigkeit emporgefahren, deren Äußerungen in jenen Tagen schwärzester Hoffnungslosigkeit für oberflächliche Hörer etwas Wahnwitziges haben mußten." *Scherr* bestätigt dann einen solchen, nach *Varnhagen* zitierten Ausspruch Blüchers, den er aus dem Munde einer Frau, deren Vater in der Stargarder Zeit



viel um den General war, fast ebenso gehört habe (die erste Auflage des *Scherr*schen Buches war schon 1862 erschienen).

Auch neuere Biographen sprechen hauptsächlich von einer psychischen Ätiologie der Erkrankung Blüchers im Jahre 1808/09.

Die Auffassung *Blasendorffs* über das Leiden Blüchers ist die, daß Blücher durch die abschlägige Antwort des Königs, welche Eisenhart zurückbrachte, gebeugt und verdrießlich wurde, und daß sich durch das Unterleibsleiden, welches ihm Schmerz und Schlaflosigkeit bereitete, die schlechte Laune dann noch vermehrt habe.

Ebenso sieht *Wigger* (a. a. O.) in der Erkrankung eine Reaktion auf die abschlägige Antwort des Königs in Verbindung mit der Entwicklung des Unterleibsleidens, „zu welchem er von Kind auf die Anlage gehabt hatte". In ähnlicher Weise führt auch *Unger* wenigstens die Verschlimmerung des Leidens auf Ärger und Kummer zurück, wenn er auch die Sendung Eisenharts, entgegen dem eigenen Bericht desselben, um ein Jahr später datiert.

Blücher genas „nach neunmonatiger Krankheit", die aber mit ihren Anfängen weit länger gedauert hatte, vollständig. Der auf S. 334/5 zitierte Brief vom 4. April 1809 ist dafür ein sicherer Zeuge. Blücher ist wieder der alte zielbewußte, energische, furchtlose und hoffnungsfreudige Vorkämpfer für Preußens Unabhängigkeit wie einst. Im Mai 1809 bittet er den König in einem eigenhändigen Schreiben, sich an die Spitze seines Volkes zu stellen und „dessen jetzige Stimmung" für sich zu nutzen. Auf denselben Ton sind auch die Briefe Blüchers in den folgenden Monaten und Jahren gestimmt, und der Verdruß, der bei der ungünstigen politischen Lage nicht ausblieb, macht sich jetzt wieder in natürlicher, kräftiger Weise Luft. Er schreibt z. B. am 14. Juni 1809 an Major Götzen: „Unseliger Verdruß ist mich zuteil geworden. Dazu schien seine Majestät gegen mich Mißtrauen zu äußern. Dieses habe ich denn dadurch begegnet, daß ich meinen Abschied verlangt; statt dessen hat man mich zum General der Kavallerie ernannt. Ich habe ihm gedankt, aber auch gerade dabei gesagt, der General der Kavallerie würde nie anders denken und handeln, als der Generalleutnant, und wenn ich nicht im Besitz seines Zutrauens wäre, hätte dies keinen Wert für mich. Noch will ich eine kleine Frist geben; ordnet es sich dann nicht, kommen wir nicht zu einem Entschluß (gemeint ist wohl Anschluß an Österreich und Krieg gegen Frankreich), so gehe ich und verwende meine Kräfte, die ich noch habe, zum Besten meines Vaterlandes. Trage Fesseln wer da will — ich nicht." An den König hatte er Mitte Mai geschrieben, da er sich wegen verschiedener ehrenvoller Aufträge, so mehrere seiner Hinterleute erhielten, zurückgesetzt fühlte, ob er „vielleicht durch falsche Menschen unterrichtet" sei, daß seit seinem letzten Krankenlager seine „physischen Kräfte es nicht mehr zugeben, in besonderen Fällen mit der erforderlichen Vivazität und Energie zu handeln", er bitte deshalb alleruntertänigst, ihm zu erlauben, sich per-



sönlich in Königsberg vorstellen zu dürfen, um den König davon zu überzeugen, daß er „einen jeden Befehl so gut wie der General v. Stutterheim realisieren“ könne.

Über ernstere Krankheiten hören wir in den folgenden Jahren bis zum Jahre 1814 fast nichts mehr, nur im Juli 1809 klagt Blücher in einem Briefe, er habe die ganze Nacht heftige Kolik gehabt, und es sei noch nicht vorüber. Am 12. September 1809 schreibt er in einem Briefe, in dem er in energischer Weise seinem Ärger über das Zögern des Königs Luft macht („der König erhält nicht Ruhe von meine Seiten, bis er sich entschließt, oder mich entläßt“): „Ich bin seit einigen Tagen mit dem Fieber behaftet; ich denke, es solle mich balde verlassen.“ Am 2. Oktober 1809 heißt es denn auch in einem Briefe schon wieder: „Gesund bin ich wie ein Fisch, aber die liebe Langeweile, der Schreibtisch und das ewige Einerlei sind mich Gift.“ Die Stimmung Blüchers war in diesen Jahren im allgemeinen eine zuversichtliche, doch machten traurige Ereignisse auf ihn stets einen tiefen Eindruck.

Immer wieder äußerte Blücher die Hoffnung, der Zeitpunkt, das Vaterland zu befreien, werde bald kommen. Schwer traf ihn aber der Tod der Königin Luise: „Ich bin wie vom Blitz getroffen“, schrieb er am 22. Juli 1810 an Eisenhart, „der Stolz der Weiber ist also von der Erde geschieden! Gott im Himmel, sie muß vor uns zu gut gewesen sein. Schreiben Sie mich ja, alter Freund; ich bedarf Aufmunterung und Unterhaltung“, und weiter unten: „In meiner jetzigen Stimmung ist mich nichts lieber, als daß ich erfahre, die Welt brenne an alle vier Enden.“

Unger spricht (a. a. O. Bd. I, S. 369) davon, daß Blücher im Jahre 1811, „nachdem er eine Krankheitszeit glücklich überwunden hatte“, wieder frisch am Werk war; er forderte damals nämlich den Staatskanzler auf, offen auf Rußlands Seite zu treten, und bemühte sich um die Befestigung Kolbergs. Die Bemerkung *Unger*s über die „Krankheitszeit“ dürfte indessen wohl auf der irrtümlichen Angabe *Boyen*s beruhen, daß die schwere Erkrankung Blüchers in den Winter 1810/11 fiel. Die munteren, eigenhändig geschriebenen Briefe Blüchers aus dem Winter 1810/11 sprechen entschieden gegen die Annahme einer ernstlichen Erkrankung in dieser Zeit.

Beweisend für Blüchers Wohlbefinden ist auch folgender charakteristische Zusatz zu einem Dienstschreiben an *Boyen* vom 9. Mai 1811: „Seit der Rheinkampagne bin ich gleichsam in beständiger Bewegung. Meine Herrn Kollegen genießen dagegen Ruhe und Bequemlichkeit. Ich neide sie nicht, denn ich liebe das erste nicht und entbehre das zweite sehr gerne, und um so mehr als ich recht gesund bin und nichts sehnlicher wünsche, als noch einmal zum allgemeinen Besten ernsthaft recht tätig zu werden. Nur mein Geldbeutel wird mit jedem neuen Ereignis kränker.“

Am 11. November 1811 wurde Blücher auf Veranlassung Napoleons seiner Stellung enthoben. Auch die Zeit der unfreiwilligen Ruhe, die Blücher später als die schrecklichste seines Lebens bezeichnete, trug er mit Ge-



lassenheit, doch stets in der Hoffnung auf eine bessere Zukunft. Als dann die große Armee Napoleons in Rußland vernichtet war und Preußen sich an Rußlands Seite zum Freiheitskampf rüstete, wurde auch Blücher wieder zur Armee gerufen. An der Spitze des schlesischen Armeekorps zog Blücher am 18. März 1813 der Elbe zu. Wohl gab es zunächst noch manchen Ärger mit dem zögernden russischen Oberkommandierenden, dem Blücher zunächst unterstellt war, auch körperliche Krankheit, „ein verdammtes Fieber" (s. Brief an seine Frau vom 22. April 1813), hielt ihn einige Tage hin, daß er nicht so, wie er „wohl wollte, agieren konnte". Auch kurz vor dem Ausmarsch im März scheint er schon einmal an Fieber gelitten zu haben. Doch blieb Blücher in der Folgezeit zunächst gesund. Am 2. Mai 1813 erlitt er aber in der Schlacht bei Großgörschen eine Verwundung. Eine Kugel hatte ihn an der Brust getroffen, war aber an den Rippen abgeprallt und fand sich abends im Stiefel. Die Wunde heilte jedoch schlecht, und auch „andere alte Übel" stellten sich wieder ein, so daß er einige Märsche im Wagen zurücklegen mußte; am 14. Mai 1813 vermochte er zwar wieder zu Pferde zu steigen, doch noch am 24. Juni 1813 war die Wunde nicht ganz geheilt, denn er schrieb an diesem Tage: „Meine Wunde wird nun auch wieder heil." Inzwischen waren aber wichtige Ereignisse vor sich gegangen, in deren Mittelpunkt Blücher gestanden hatte. In der Schlacht bei Bautzen hatten zwar die Verbündeten am 21. Mai 1813 der feindlichen Übermacht weichen müssen; ihr Rückzug war aber, wie bei Großgörschen, ein geordneter gewesen. Und am 26. Mai 1813 hatte Blücher dem Feinde bei Haynau durch einen überraschenden Angriff starke Verluste beigebracht. — Vom 5. Juni bis 13. August war Waffenstillstand. Ob Blücher den Waffenstillstand guthieß, wissen wir nicht; jedenfalls warnte er dringend davor, Frieden zu schließen. Am 8. August erhielt Blücher das Oberkommando über die gesamte schlesische Armee, die aus einem preußischen und zwei russischen Armeekorps bestand.

Was Blücher in der Folgezeit an der Spitze dieser Armee geleistet hat, wie er durch die erfolgreiche Schlacht an der Katzbach am 26. August 1813, wie er durch energisches Vordrängen und kluges Ausweichen vor überlegenen Kräften des Gegners die zögernden andern Armeen der Verbündeten mit fortriß und nur dadurch die entscheidende Schlacht bei Leipzig in den Tagen des 16., 18. und 19. Oktober ermöglichte, dies alles sind geschichtlich bekannte Tatsachen. — Vorübergehend war Blücher auch Anfang September 1813 wieder zwei Tage nicht wohl gewesen, und im November 1813 litt er einige Tage an „Husten und Schnupfen", aber über irgendwelche seelischen Verstimmungen bei diesen leichten Erkrankungen wissen wir nichts.

Wie Blücher nie ermüdend und nie mit einem halben Erfolge zufrieden sich nach der Schlacht bei Leipzig an Napoleons Fersen heftete, wie er 8 Tage hintereinander stets sein „Quartier des Abends da genommen, wo es Napoleon verlassen", wie er dann, einem höheren Befehl gehorchend,



eine andere Marschrichtung einschlagen mußte und Napoleon ihm dadurch entkam, wie er Mainz belagern mußte und mit Recht fürchtete, daß die beste Zeit durch die Monarchenversammlung in Frankfurt verträumt werde, während der Friede doch nur in Frankreich selbst erzwungen werden könne, wie er am Neujahrstag 1814 den Rhein überschritt und, immer der Nächste am Feinde, auf Paris zuzog, all dies soll hier nur angedeutet werden. Außer in Krankheitszeiten wurde „jene unverwüstliche Zuversicht“, wie *Treitschke* sagt, „welche das widerwillige Schicksal zu bändigen scheint“, fast nie von pessimistischen Regungen getrübt. Nur einmal, bei der Niederlage von Etoges am 14. Februar 1814, war Blücher „verzweifelt grimmig“. Als er die Niederlage erkannte, blieb er vor einem gegen Kavallerie feuernden preußischen Bataillon halten und wurde nur durch die Mahnung seines Adjutanten, des Grafen v. Nostitz, dazu veranlaßt, den gefährlichen Platz zu verlassen; denn diesem war der offenbar begründete Verdacht aufgestiegen, daß Blücher „entschlossen sei, einen Tag nicht überleben zu wollen, den er als das Grab aller für das Vaterland erfochtenen Resultate und der sich selbst erworbenen Lorbeeren betrachtete“ [1]).

Mit wechselndem Glück kämpfte Blücher im Februar und März 1814 gegen Napoleon. Am 7. März 1814 hatte wieder ein für Blücher ungünstiges Gefecht bei Craonne stattgefunden, „welches, nachdem jede Hoffnung eines günstigen Erfolges verschwunden war, mit vieler Umsicht und Ordnung abgebrochen“ wurde. Blücher war „höchst verdrießlich“ durch den Mißerfolg, der durch das Versagen der von Winzigerode geführten 10 000 Pferde starken Kavallerie herbeigeführt worden war, und „eine plötzlich eingetretene ziemlich heftige Augenentzündung vermehrte noch die üble Laune des Feldmarschalls“ (Nostitz). Man war am 8. März in eine feste Stellung bei Laon zurückgegangen. Der Schwager Blüchers, Colomb, fand ihn an diesem Tage schon „fiebernd und anscheinend recht unwohl, doch in Beziehung auf die bevorstehende Schlacht recht aufgelegt“. Blücher traf auch die nötigen Anordnungen, und am 9. März wurde den ganzen Tag mit wechselndem Erfolg gekämpft, gegen Abend aber durch einen Nachtangriff Yorcks gegen den rechten feindlichen Flügel ein entschiedener Erfolg errungen, worauf Blücher an Yorck die „ungeheuersten Glückwünsche“ sandte.

Am nächsten Tage sollte der errungene Vorteil zu einer vollständigen Niederlage des Feindes benutzt werden, und Blücher hätte wohl auch den Versuch gewagt, wenn er gesund gewesen wäre, aber er war am 10. März „völlig außer stand, an dem Schicksal dieses Tages einen tätigen Anteil zu nehmen, und so ruhte alles auf dem Entschluß des Generals Gneisenau,

[1]) Das Tagebuch des Generals der Kavallerie Grafen v. Nostitz. I. u. II. Teil. Kriegsgeschichtliche Einzelschriften. Hrsg. vom Großen Generalstabe Heft 5 und 6. Berlin 1884, 1885.



dem die Verantwortung zu groß schien, in einem Augenblick, wo, wie er sich ausdrückte, die Partie 11 : 1 stand, noch etwas Gewagtes zu unternehmen" (Nostitz). Der schon errungene Sieg wurde nicht ausgenutzt, Napoleon entging noch einmal seinem Schicksal.

Noch am Morgen des 10. März hatte Blücher eigenhändig einen zuversichtlichen Brief an seinen Freund Bonin und einen zweiten Brief an seine Frau geschrieben. Dann aber war ein Zustand eingetreten, wodurch Blücher „als ohne allen Einfluß auf das Armeekommando" zu betrachten war (Nostitz a. a. O. I, S. 123). Mit bloßer körperlicher Erkrankung aber ist diese rasche Änderung in der Fähigkeit, selbst zu disponieren, nicht zu erklären, und die Schilderungen aus der damaligen Zeit zeigen uns auch, daß Blücher tatsächlich mehr seelisch als körperlich erkrankt war.

Ein dem Hauptquartier damals zugeteilter Landwehroffizier *Karl v. Raumer*, berichtet darüber [1]): „Der Feldmarschall war in dieser Zeit krank, besonders litt er sehr an den Augen. Am ersten Schlachttage (9. März) war er noch einige Stunden zu Pferde; „später", erzählt Damitz, „vermochte nur sein treuer Waffengefährte und Chef seines Generalstabes, der General v. Gneisenau, in den bewußteren Augenblicken seines Feldherrn, dessen Entschließungen an seinem Schmerzenslager entgegenzunehmen." Und S. 90 gibt *Raumer* die Erzählung Gneisenaus wieder, wie Yorck, als er gefunden habe, daß Blücher seinen Namen „umgekehrt" unterzeichnet habe (tatsächlich wird es sich um den von Nostitz berichteten Fall handeln, daß Blücher bei der Unterschrift gegen seine sonstige Gewohnheit die beiden Punkte über dem ü von „Blücher" wegließ), zu Kleist gesagt habe: „Da sieht man's, der Alte ist wieder verrückt geworden, wie früher in Pommern." Nach Nostitz hatte aber Yorck aus der andersartigen Unterschrift gefolgert, daß Blücher die Befehle nicht mehr selbst unterzeichne, während er dies trotz seines Leidens immer eigenhändig ausführte.

Yorck hatte deshalb, noch durch manchen sonstigen Ärger dazu getrieben, sein Abschiedsgesuch eingereicht. Graf Goltz hatte ein gemessenes, kaltes Antwortschreiben aufgesetzt, welches der Feldmarschall unterzeichnete. Von den beiden Überbringern des Abschiedsgesuches unterrichtet, daß Yorck mehr gekränkt als krank sei, unternahm es aber Nostitz, den Feldmarschall zur Übersendung eines eigenhändigen Schreibens, das dann auch die Rückkehr Yorcks zur Armee zur Folge hatte, zu bewegen. Wie er dies Schreiben von dem kranken Blücher am 12. März 1814 erlangte, erzählt Nostitz ausführlich und gibt damit eine anschauliche Schilderung des Zustandes, in dem sich Blücher an diesem Tage befand: „Der Feldmarschall lag im Bett, als ich in das Zimmer trat", berichtet Nostitz, „und klagte über heftige Augenschmerzen; nachdem einige

[1]) *Karl v. Raumer*, Erinnerungen aus den Jahren 1813 und 1814. Stuttgart 1850.



gleichgültige Worte gewechselt worden, sprach ich über den der Armee durch den Abgang des Generals Yorck zugefügten Nachteil mein innigstes Bedauern aus. „Mir tut es auch leid", sagte der Feldmarschall, „denn so unerträglich und widerwärtig er öfter ist, so bleibt er doch ein tüchtiger, kreuzbraver Soldat, und ich hätte wohl gewünscht, daß er erst nach dem Einrücken in Paris krank geworden wäre." Durch geschickte Darstellung der Sachlage erreichte es dann Nostitz, daß Blücher ihm befahl, ein zweites begütigendes Schreiben an Yorck aufzusetzen, um es dem ersten nachzusenden. Aber Nostitz, der wohl einsah, daß Yorck von der Echtheit der in dem Schreiben ausgesprochenen Gesinnung und Wünsche überzeugt werden müsse, verlangte von Blücher, daß er eigenhändig schreibe. „Die im höchsten Grade entzündeten und dick geschwollenen Augen", fährt Nostitz fort, „machten das Tragen einer Binde unerläßlich, denn jeder Lichtstrahl verursachte heftige Schmerzen. In solchem Zustande das Schreiben eines Briefes zu verlangen, war eine Zumutung, welche nur die Überzeugung der unerläßlichen Notwendigkeit zu rechtfertigen vermochte, und dieselbe auszusprechen bei der Eigentümlichkeit des Feldmarschalls ein gewagtes Unternehmen; auch mußten während des Schreibens noch so manche Einwendungen besiegt und Aufwallungen augenblicklichen Unwillens ertragen werden. Dennoch kam der Brief zustande, kurz, aber dem Zweck vollkommen entsprechend. Handschrift, Ideengang und Fassung verbürgten seine Echtheit, mehr bedurfte es nicht." Es ist dies wohl jener Brief an Yorck, datiert: „Laon, 12. März 1814", welcher wörtlich und buchstäblich lautet: „allter waffengefehrte, verlassen sie die *armeh* nicht, da wihr an sihl (= am Ziel) sind, ich bin sehr krank und gehe selbst so ballde der kampff vollendet" (*Blasendorff*, Gerhard Leberecht v. Blücher, S. 282). Das Antwortschreiben Yorcks, in dem er mitteilt, daß er Blücher zuliebe auf seinen Posten zurückgekehrt sei, daß er aber nach dem Kampfe „mit Freuden" „der Arrogance und den System-Aufstellern" Platz machen werde, legte Nostitz vorläufig „ad acta", da seine Mitteilung „unvermeidlich neue Aufregungen und unangenehme Szenen zur Folge gehabt hätte", und meldete bloß, daß General Yorck den Befehl des Korps wieder übernehmen werde.

Nun drohte aber die Gefahr, erzählt Nostitz weiter, daß die Armee den Feldmarschall selbst verlieren würde:

„Durch die Augenentzündung an das Zimmer gefesselt, bei schmaler Diät der gewohnten Bewegung beraubt und den Ärger im Herzen, sich gerade in einem Augenblick untätig zu wissen, wo der letzte entscheidende Schlag geschehen mußte, dies alles vereint hatte nicht nur im allgemeinen seine Gesundheit erschüttert, sondern auch höchst nachteilig auf seine Laune gewirkt und die Gemütsstimmung hervorgebracht, welche bei ihm die stete Folge körperlicher Leiden war. Wenn man ihn in diesem Zustande beobachtete, wie er mit fortdauernd ängstlicher Besorgnis an den Tod dachte, mit Kleinmut jeden Schmerz ertrug, wie er seine Phantasie

immer durch Auffindung neuer Krankheitssymptome quälte und, nur mit sich selbst beschäftigt, gleichgültig gegen alles war, was außer ihm vorging, selbst gegen das Größte und Wichtigste; dann aber wieder, sobald er genesen, an Charakterstärke, Ertragung jeder Beschwerde und heldenmütiger Verachtung der größten Gefahren alles übertraf, was um und neben ihm war, so mußte man über die Gewalt erstaunen, welche das physische Befinden über die geistigen Kräfte ausübte. Dieser Zustand moralischer Ermattung und gänzlicher Gleichgültigkeit gegen alle äußeren Verhältnisse war bereits eingetreten, der Feldmarschall dachte nur daran, das Kommando der Armee niederzulegen und diese zu verlassen; jede Meldung, jeder Vortrag, gleichviel über welchen Gegenstand oder von welcher Person er kam, war ihm ekelhaft und zuwider. Nur wenige Stunden des Tages durfte ich mich aus dem Zimmer entfernen, oft mußte ich auch die Nacht darin zubringen; es schien ihm eine Beruhigung, mich in der Nähe zu haben. Seinem Arzt, dem Doktor Bieske, dem er stets sehr gewogen war, und in dessen Behandlung er großes Vertrauen setzte, ging es ebenso wie mir." Diese Wachen waren sehr schwierig und langweilig, da das Zimmer fast ganz verdunkelt war. Man konnte deshalb nichts lesen, und sprechen durfte man nicht, weil dies dem Feldmarschall unangenehm war. So vergingen mehrere Tage. Den Entschluß, das Armeekommando niederzulegen, hatte Nostitz glücklich bekämpft; auch hatte er dafür Sorge getragen, daß der eigentliche Krankheitszustand so viel wie möglich Geheimnis blieb.

Besonders schwierig wurde die Lage, als durch das Vorrücken der Armee eine Verlegung des Hauptquartiers unerläßlich wurde. „Nur mit heftigem Widerwillen" bestieg endlich der Feldmarschall den für ihn bereiteten geschlossenen Wagen, der so eingerichtet war, daß er eigentlich eine „ambulante Kopie der in Laon zurückgelassenen Krankenstube war". Nostitz und Dr. Bieske waren seine Begleiter, „stumm und geduldig" mußten sie „die öfteren Ausbrüche von Ungeduld und übler Laune ertragen". In dieser Art reiste man weiter bis Fismes, wo man am 21. März ankam. Von Geschäften wollte Blücher nichts wissen. Dort gelangte nun aber der von Napoleon an die Kaiserin geschriebene Brief ans Hauptquartier, worin der Plan, die Kommunikationslinie der verbündeten Armee zu bedrohen, erwähnt wird.

„Diese Nachricht wirkte wie ein moralisches Zugpflaster; er fing an, sich von den Begebenheiten des Tages erzählen zu lassen. . . . Von diesem Augenblick an ward an Niederlegung des Kommandos nicht mehr gedacht, obgleich die Entzündung der Augen in ihrer ganzen Bösartigkeit noch fortdauerte" (Nostitz a. a. O.). Zum Schutz gegen das Licht setzte sich Blücher einen grünseidenen, sehr verzierten Damenhut mit großem, breitem Schirm auf: so empfing er auch Besuche und fuhr bei offenen Fenstern bis Châlons. Jedoch scheint auch in den folgenden Tagen Blücher durch das immer noch sehr heftige Augenleiden in seinen Entschließungen behindert und



in seiner Laune oft gestört gewesen zu sein; immerhin aber hat er sich wieder an den taktischen Beratungen beteiligt und, im Gegensatz zu Gneisenau und Müffling, das Manöver Napoleons, ihn von Paris wegzulocken, richtig als solches erkannt und für den Marsch auf Paris sich entschieden, was auch nach der Meinung des Großen Hauptquartiers zu geschehen hatte und sich dann später als das einzig Richtige herausstellte.

Am Tage der Schlacht vor Paris am 30. März 1814 empfand der Feldmarschall „wieder so heftige Augenschmerzen, daß er an der Leitung der Schlacht eigentlich gar keinen Anteil nehmen konnte", doch hatte er sich bis dicht an die Infanteriereserve heranfahren lassen und empfing so alle Meldungen; erst gegen das Ende der Schlacht setzte er sich zu Pferde. Die darauf folgende Nacht vom 30. auf 31. März war „das Gemüt des Feldmarschalls in hohem Grade aufgeregt". Er konnte nicht schlafen, stand auf, meinte, das auf einem Tisch zubereitete Bett seines Adjutanten Nostitz sei besser; Nostitz mußte ihm mit vieler Mühe hineinhelfen, sofort sah er aber, daß es ein Irrtum war, man mußte ihm wieder herunterhelfen, dann ging er wieder auf und ab, legte sich wieder einige Minuten in sein Bett und „wiederholte gegen Morgen die ganze Operation mit dem Tisch noch einmal".

Den Tag des Einzugs in Paris am 31. März 1814 verlebte Blücher in seinem Zimmer auf dem Montmartre sehr leidend und ritt erst am folgenden Tage nach Paris. Die Verehrung und Anerkennung Blüchers aber war allgemein. Der König erhob ihn in den Fürstenstand. Aber noch konnte er sich dieser Ehrungen nicht freuen. Erst nach 5 Wochen war der Fürst wieder völlig hergestellt.

Die Auffassung Nostitz' von der Erkrankung Blüchers im März 1814, welcher als Ausgangspunkt der Verstimmung ein heftiges, schmerzhaftes Augenleiden ansieht und die „üble Laune" erst als dessen Folge betrachtet, scheint von Blüchers damaligem Arzt, Dr. *Bieske*, geteilt zu werden, denn er sagt (S. 20): „In der Schlacht bei Laon erkrankte der Fürst an einer heftigen rheumatischen Augenentzündung, war dabei sehr verdrießlich, wollte das Oberkommando abgeben und zurückbleiben."

Müffling [1]) stellt die Erkrankung Blüchers etwas harmloser dar; er spricht nur davon, daß Blücher in dieser Zeit sehr angegriffen war, doch habe er sich in gewohnter Art alle wichtigen Angelegenheiten vortragen lassen und die Beschlüsse unterzeichnen können; überhaupt war man, wie schon erwähnt, vielfach bemüht, die Krankheit Blüchers zu verschleiern, was zunächst im Interesse der Heeresleitung ein Gebot der Notwendigkeit war; aber auch noch später trat diese Neigung zum Schaden einer objektiven Geschichtsforschung immer wieder zutage.

---

[1]) *Friedr. Karl Ferd. Freiherr v. Müffling*, sonst *Weiß* genannt, „Aus meinem Leben", S. 172. Berlin 1851.



Nach der Einnahme von Paris scheint sich das Übel noch verschlimmert zu haben. *Bieske* berichtet (S. 22):

„Die Augenentzündung hatte jetzt aber durch die dauernden Anstrengungen und schädlichen Einflüsse aller Art einen sehr hohen Grad erreicht, der Schmerz störte Ruhe und Schlaf, die Lichtscheu war so groß . . .“ usw.; „dabei war ein sehr fieberhafter Puls, Verstopfung, Urinbeschwerden, Mißmut, Abspannung und überhaupt eine äußerst hypochondrische Gemütsstimmung vorherrschend. Letztbenannte krankhafte Erscheinungen waren aber wohl weniger durch die Augenentzündung und das begleitende Fieber bedingt, als vielmehr durch die schnell eingetretene geistige und körperliche Ruhe nach so langen und großen Anstrengungen. Die Augenentzündung wurde . . . in kurzer Zeit völlig gehoben, nicht aber so die Unterleibs- und Harnbeschwerden; auch steigerte sich die hypochondrische Gemütsstimmung täglich mehr, so daß dieser sonst rüstige, jeder Gefahr trotzende Feldherr . . . nicht wiederzuerkennen war. Ganz zusammengekauert saß er und grübelte über seine Krankheit. Fast in jedem Augenblicke, besonders in der Nacht, glaubte er zu sterben, bald glaubte er an Brustwassersucht und Herzkrankheit, bald an einem Gewächs im Unterleibe, Verengung der Gedärme, Entzündung und Brand im Unterleibe oder auch wohl an Vereiterung und Brand in der Blase zu leiden. Hatte ich ihn überzeugt, daß nach ganz klaren Erscheinungen es unmöglich sei, an dieser oder jener Krankheit zu leiden, und glaubte ich ihn ganz beruhigt, so hieß es doch wieder bald darauf: „Doktor, ich habe mir die Sache überlegt, und jetzt auch gewiß überlegt, daß ich am Nieren- oder Blasenstein leide“, oder „es wäre ihm, als wenn er etwas Lebendiges im Leibe habe“, oder „durch diese oder jene (lange vorher eingewirkte) Ursache werde ich meinen Verstand verlieren“, oder „der Schlag wird mich rühren“. Oft mußte der Graf v. Nostitz und ich ihm die Hand darauf geben: ihn nicht eher zu verlassen, bis er tot sei, denn er wisse gewiß, daß, er den künftigen Morgen nicht mehr erlebe. Bei jedem Arzneimittel, das ich ihm verordnete, mußte ich ihm sagen, was es bewirken sollte; wirkte es gelinder, so glaubte er sich schon so unempfänglich, daß keine Arznei mehr wirken wolle. Wirkte eine Abführung zu stark, so glaubte er den Brand im Unterleibe zu haben; ging ein Lavement schnell wieder ab, so konnte es nichts helfen, und es mußte ein zweites, drittes, auch wohl viertes gleich hinterher gegeben werden, und wurde, um ihn zu beruhigen, gar nichts oder nur ein Eßlöffel voll Flüssigkeit eingeführt, dann hieß es wieder: „Nun bleibt alles stehen und treibt mir den Leib so auf, daß ich platzen muß.“ — Ich hatte in jeder Beziehung eine sehr schwierige Stellung usw.“

Ende April 1814 trat aber, viel rascher als im Winter 1808/9, völlige Genesung ein. „Mit der Genesung fand sich auch der Hang zum Spiel wieder ein.“ Während des ganzen Feldzugs hatte er weder Karten noch Würfel in der Hand gehabt. Er spielte jetzt mit Glück, so daß er



bei der Abreise von Paris nach London nach Abzug aller Auslagen noch 19 000 Taler Geld an Gewinn übrig gehabt habe. Anfang Juni 1814 trat er in des Königs Begleitung die Reise nach England an, wo er begeistert von allen Kreisen des Volkes empfangen wurde. Blücher war wieder ganz wohlauf, er war wieder der alte, frische, originelle Blücher. Er nahm die Engländer so, „wie sie genommen werden mußten", bemerkt Bieske. „Der derbe Händedruck wurde ebenso derb erwidert; wünschte eine Dame einen Kuß, so küßte er alle ohne Unterschied, wenn's ihm auch oft nicht so ums Herz war" usw. Die Engländer sagten seiner urwüchsigen Art mehr zu als das Volk der Franzosen, das ihm nicht gefiel. Unter großem Jubel der Bevölkerung konnte er Mitte Juli in die Heimat zurückkehren.

Den Winter 1814/15 brachte Blücher in bester Gesundheit in Berlin zu. Am 17. Februar 1815 schickte er aber an den König sein Abschiedsgesuch, da seine Jahre „so herangewachsen seien", daß er sich „zu keiner Kampagne mehr tauglich halte". Das Abschiedsgesuch wurde aber abgeschlagen, da Napoleon inzwischen wieder von Elba zurückgekehrt war. Am 17. März 1815 übertrug ihm der König den Oberbefehl. Wenn der Staatskanzler Hardenberg auch an Gneisenau schrieb, der alte Blücher gebe nur seinen Namen dazu her, in der Tat kommandiere er (Gneisenau) die Armee, so darf man wohl annehmen, daß diese Wendung mehr nur dazu diente, Gneisenau zu bewegen, auf eine selbständige Stellung zu verzichten, als daß sie den Sachverhalt vollständig richtig wiedergab. Jedenfalls übernahm Blücher das Oberkommando mit freudiger Zuversicht und hoffte, daß „die Armee alle in Wien begangenen Fehler wieder gut machen" werde. Am 10. April 1815 reiste er ins Aufmarschgebiet der Armee nach Lüttich. Durch die Sorge um seinen Sohn Franz, der seit Anfang 1815 einer schweren Gemütskrankheit verfallen war, war Blücher sehr ernst gestimmt, als er den Rhein überschritt.

Am 16. April 1815 schrieb er aus Koblenz an seine Frau: „Da bin ich nun den Rhein passiert, sitze an seinem Ufer, blicke zurück in die Vergangenheit und denke in die Zukunft; recht was Tröstliches will mich nicht einleuchten. Mein unglücklicher Franz steht mich beständig vor Augen, und ich habe den 13. des Nachts im Fahren eine Erscheinung gehabt, die niemand als ich und Wilhelm (sein Jäger) gesehen, da Brünneck und Nostitz schliefen. Von diesem Augenblick kann ich mich nicht des Gedankens erwehren, daß Franz tot ist; gib mich ja gleich Nachricht . . .," und weiter unten: „Wäre ich kummerfrei, so könnte ich mich glücklich preisen, aber ich genieße keinen frohen Augenblick." Auch am 24. April schrieb er aus Lüttich an seine Frau: „Franz steht mich beständig vor Augen und kommt mich nicht aus dem Gedächtnis; es ahndet mich beständig, daß er tot ist; alle meine Freude auf Erden ist durch sein Schicksal vernichtet." Auch in den folgenden Briefen kehren ähnliche Äußerungen wieder. (Blücher sah die schweren Kopfwunden vom 16. August 1813 „als Hauptursache" der „Schwermut" seines Sohnes an. Im Jahre 1814



schien dieser aber wieder vollständig genesen zu sein, kränkelte dann aber wieder und verfiel im Frühling 1815 einer schweren Gemütskrankheit, während welcher er einen Selbstmordversuch machte — s. Brief Blüchers vom 26. April 1815.) Die Krankheit seines Sohnes lastete auf dem alten Blücher als schwere Sorge bis an sein Lebensende.

Trotz diesem schweren Kummer war Blücher aber seiner Aufgabe voll gewachsen. Bei der Meuterei der Sachsen in Lüttich am 2. Mai 1815 ging Blücher wohl schweren Herzens daran, das Todesurteil einiger Rädelsführer zu unterschreiben, denn es war das erste Mal, daß er Hinrichtungen in der eigenen Armee vornehmen lassen mußte, und so ist es wohl sogar noch verständlich, wenn er, wie berichtet wird, so ergriffen war, daß er sich zur Zeit der Exekution „vor Angst nicht zu lassen wußte" (Bieske), doch führte er alle Maßnahmen zur Unterdrückung des Aufstandes mit zielbewußter Energie durch.

Schon am 16. Juni 1815 kam es bei Ligny zur Schlacht mit Napoleon. Die Schlacht verlief für die Blüchersche Armee unglücklich, da die erwartete Hilfe durch die Engländer ausblieb, weil diese bei Quatrebras aufgehalten wurden. Blücher wäre beinahe in Gefangenschaft geraten, da er unter seinem totgeschossenen Pferd zu liegen kam. Trotz der starken Quetschung der ganzen rechten Seite, die ihm starke Schmerzen verursachte, stieg er aber am 18. Juni wieder zu Pferde. „Mit dem Besteigen des Pferdes war aber auch gleich aller Schmerz vergessen" (Bieske). Es war der Tag der Schlacht bei Bellealliance. Unermüdlich beschleunigte Blücher den Marsch der Preußen, um der englischen Armee die versprochene Hilfe zu leisten, und entschied durch sein rasches Eingreifen in die im vollen Gange befindliche Schlacht den Sieg für die vereinigten Preußen und Engländer. Erst nachdem er bei der Verfolgung des Feindes in Genappe Halt gemacht hatte, „fühlte sich der Fürst durch den bei Ligny erlittenen Sturz mit dem Pferde und durch die großen Anstrengungen so leidend, daß er von da an einige Tage im Wagen fahren mußte" (Bieske a. a. O. S. 30). In raschen Märschen ging's aber auf Paris zu. Am 29. Juni waren die Blücherschen Truppen schon vor der Nordfront von Paris angelangt. Am 3. Juli 1815 erfolgte die Übergabe von Paris. Blücher aber hatte das „Morden zum Überdruß satt". Außerdem hatte er auch viel mit Widerwärtigkeiten zu kämpfen. Am 9. Juli schrieb er aus Paris an seine Frau: „Gesund bin ich ziemlich, aber verdrießlich im höchsten Grade, denn ich werde gemartert; die Franzosen sind zum Abscheuen niederträchtig."

„Nach dem Eintreffen der Monarchen und Diplomaten in Paris — schreibt *Unger* in Blüchers Briefen (S. 296) — setzten für Blücher allerlei weitere Ärgernisse ein. Seine Forderungen von Kriegszahlungen und die Wegnahme von Festungen auf den Verbindungen wurden beanstandet. Zornig verließ er am 25. Juli St. Cloud und begab sich zu den Truppen, die nach Westen weitergerückt waren. . . . Als Blüchers Anordnungen vom



König förmlich aufgehoben wurden, forderte er den Abschied." Aber er mußte bleiben. Er sehnte sich jedoch „herzlich nach der Rückreise" und wünschte, das Spiel möge nun bald ausgespielt sein, damit er „doch einige Tage" seines „mühsamen Lebens in Ruhe hinbringen könnte" (Brief vom 6. September 1815). Die Friedensverhandlungen wurden auch nicht im Sinne Blüchers geführt, der in vielen Briefen bittere Klage führte über „die Herren Diplomatiker", die es „verhudelt" hätten, und über „die Großen", die „nicht einig werden" konnten. So hatte er allerlei Ärger, dazu kam noch die schwere Sorge um seinen Sohn Franz, und im September 1815 traten auch wieder seine Unterleibsbeschwerden auf. Dies alles drückte natürlich auf seine Stimmung; trotz alledem war er aber geistig frisch und ruhig, und die zahlreichen eigenhändigen Briefe vom Juli bis Oktober 1815 beweisen, daß er noch immer der frische, stets energisch für seine Ansicht eintretende Mann war. Vor der Abreise von Paris hatte Blücher noch das Unglück, sich durch einen Sturz vom Pferde Ende Oktober die rechte Schulter auszufallen. Die Heimreise war dadurch sehr behindert, er konnte nicht die Post benutzen und kam langsam vorwärts.

Auch sonst war Blücher auf der Heimreise wieder recht leidend. Der erste wieder eigenhändig geschriebene Brief in der Ungerschen Sammlung — außer einem eigenhändigen Entwurf zu einem Briefe an den König vom 20. November — ist in Koblenz am 9. Dezember 1815 geschrieben.

Nostitz berichtet, daß nach der Einrenkung der Schulter Wundfieber eingetreten sei, „auch gesellten sich in wenig Tagen die Unterleibsbeschwerden ... hinzu, ebenso Mangel an Eßlust und gänzliche Verstimmung seiner sonst so heiteren Laune". Diese Verstimmungen waren nach Nostitz schon Anfang Oktober aufgetreten und hatten sich in Compiègne allmählich wieder verloren, so daß er am 6. November von Compiègne aufbrach. Am 13. erreichte er Namur.

Hier bewohnte der Fürst ein Zimmer, in welchem der ihm befreundete Oberst v. Zastrow gestorben war. Die Erinnerung daran hatte Blücher „in eine sehr trübe Stimmung versetzt". „Solche Stimmungen wirkten jedoch stets sehr nachteilig auf sein körperliches Befinden", meint Nostitz (a. a. O. II, S. 90). In kleinen Tagereisen reiste man nach Aachen weiter, wo man am 20. November 1815 eintraf. Das Befinden Blüchers war noch immer wechselnd.

Viel ausführlicher als Nostitz erzählt Dr. *Bieske* über die Heimreise. Schon während der Friedensverhandlungen fing der Fürst wieder an, über Unterleibs- und Harnbeschwerden zu klagen. Die Behandlung des Fürsten war stets sehr schwierig, da er vor stärkeren Medikamenten, besonders aber vor dem oft unentbehrlichen Opium Furcht hatte. Nach der Einrenkung des rechten — von Bieske wohl fälschlicherweise als linken bezeichneten — Oberarms trat ein gelindes Fieber ein, „begünstigt aber durch Mißmut und gänzliche Untätigkeit, entwickelte sich im Herbst 1815 wieder der nach der Kampagne 1814 erwähnte Krankheitszustand mit



aller Heftigkeit", so daß die Reise nur mit großen Schwierigkeiten fortgesetzt werden konnte. Bieske spricht von den „wirklichen Leiden" und von den „von ihm täglich neu erdichteten Krankheiten". Die beste Behandlung war, „in seine Idee einzugehen, die Klagen alle als wahr anzunehmen".

Über das oben angedeutete eigentümliche Verhalten Blüchers in Namur erzählt Bieske, daß der Fürst, der in dem Zimmer wohnte, wo Zastrow gestorben war, am Abend ohne alle Veranlassung gesagt habe: „Diese Nacht wird mich mein Freund Zastrow abholen, denn er zeigte sich mir wiederholentlich in einer Lichtgestalt." Als die Ursache dieser Erleuchtung fand sich nun eine hinter dem Garten aufgestellte Feldschmiede, „wovon sich der Fürst auch bald überzeugte und hierauf beruhigt zu Bette ging". Auch in Aachen traten Wahnideen und illusionäre Täuschungen auf; Bieske erzählt hierüber folgendes:

„In Aachen war es derselbe Fall; hier glaubte der Fürst, „daß die durch seinen Befehl in den Schlachten Gefallenen ihn durch eine anhaltende Kanonade und Gewehrfeuer zum Einmarsch in jene Welt aufforderten". Als Ursache dieser Erscheinung fand man, daß die Tapeten von „der nicht zu beschreibenden starken Heizung des Zimmers eine nach der andern mit einem großen Knall platzten. ... Durch diese Selbstüberzeugung ganz beruhigt, ging er den Abend noch nach einer ihm zum Vergnügen errichteten Spielbank, gewann etwas und schlief die Nacht ganz vortrefflich."

Bei wechselnder Gesundheit und immer wiederkehrenden hypochondrischen Ideen ging die Reise langsam vonstatten. Endlich am 21. Januar 1816 in Berlin angekommen, hatte sich der Gesundheitszustand des Fürsten etwas gebessert. In Berlin gefiel es ihm aber nicht lange. Er reiste weiter auf seine Güter in Schlesien. „Hier lebten wir", erzählt Bieske, „wie Verbannte, denn der Fürst nahm durchaus keine Besuche an und quälte uns mit seinen Grillen bis zur Verzweiflung." Im Frühjahr 1816 besserte sich der Zustand. Auf Anraten der Ärzte reiste er im Juni 1816 nach Karlsbad und erholte sich wieder vollständig.

Am 24. Juni 1816 schrieb er selbst aus Karlsbad (in der Sammlung von Blücher-Briefen ist dies erst der dritte Brief des Jahres 1816), „daß die schlesische Luft, die Umgebung von dortigen guten Menschen und das Karlsbad Wunder an mich bewiesen; ich bin so wohl, wie ich es in meinem Alter verlangen kann". — Den Winter 1816/17 brachte er wieder in Berlin zu, führte wieder ein geselliges Leben, spielte, hatte Gesellschaften und ging äußerst selten vor Mitternacht zu Bett. Er wurde aber allmählich mißmutig durch Geldverluste im Spiel und abgespannt durch Entbehrung des Schlafes.

Im Frühjahr 1817 zog er wieder nach Schlesien und dann im Sommer nach Karlsbad. Sein Gesundheitszustand war ein befriedigender. Besonders „nach dem Wasserschlucken" in Karlsbad (wie er sich aus-



drückte) befand er sich „recht wohl", er meinte aber, „die gesunde Landluft tut wohl das meiste". Der Aufenthalt auf seinem Gute Krieblowitz in Schlesien verlief diesmal viel heiterer als das letzte Mal. Der Fürst unterhielt sich durch Spiel und Jagd, zeigte dabei aber auch sehr viel Interesse für die Landwirtschaft (s. Briefe Blüchers). Im Winter 1817/18 ging es dann nach Berlin. „Überall folgten die Spieler wie Zugvögel, und es ging in dieser munteren Lebensweise, die jedoch alljährlich durch eine kürzere oder längere Krankheit unterbrochen wurde, bis zu seinem Lebensende fort" (Bieske). Im Juli 1818 litt er wieder einmal an einer Augenentzündung, die ihm das Schreiben erschwerte. Im Mai 1819 war er 10 Tage infolge einer Erkältung krank. Körperlich war Blücher sonst aber noch so rüstig, daß er selbst in seinem letzten Lebensjahre Hetzjagden mitritt. Und daß auch sein Geist bis zu seinem Lebensende rege blieb, dafür zeugen seine letzten Briefe. Er betätigte sich als eifriger Landwirt und hatte dabei ein lebhaftes Interesse an allen großen politischen Fragen. Er war z. B. „sehr unzufrieden" damit, daß der König die wiederholt feierlich zugesagte Gewährung einer Verfassung immer wieder hinausschob. Am 1. August 1819 klagte er darüber, daß er in Karlsbad von seinem „alten Hämorrhoidalleiden" nicht geheilt worden sei. Die Wirkung des Brunnens komme aber nach, und er müsse viel Schmerzen ausstehen. Am 21. August 1819 schrieb er selbst an den Medizinalrat Dr. Wendt in Breslau, er möge zu ihm kommen. Seine Klagen aber brachte er diesmal ohne jede hypochondrische Übertreibung vor, er schreibt: „Wenn ich gleich glaube, daß mein Zustand nicht gefährlich ist, so findet sich doch an der rechten Seite des ... (unleserlich, offenbar Ausdruck für Harnrohr) eine Verhärtung, die mich grausame Schmerzen verursacht. Dazu geht der Urin in sehr kleinen Portions und sehr schmerzhaft. Die Verhärtung ist wohl an der Verstopfung schuld. Auf dem nämlichen Flecke, wo sich die Verstopfung findet, brach der Urin vor 11 Jahren in Treptow auch durch. ..." Schon am 25. August rief Nostitz den Dr. Bieske herbei, da der Zustand des Fürsten durchaus seine Gegenwart erfordere. Die Schmerzen sowie die Röte und Geschwulst nähmen zu, und es sei daher wohl außer allem Zweifel, daß die Stelle aufbrechen werde. Die Stimmung verschlimmere sich von Tag zu Tag, die Hypochondrie gewinne immer mehr an Stärke, und die daraus entstehende Unruhe fange an, „sich in bekannter Weise zu äußern".

Am 30. August 1819 in Krieblowitz angekommen, wurde Bieske „mit großer Freude und Herzlichkeit vom Fürsten empfangen", und Blücher schöpfte wieder etwas Hoffnung. „Ich fand aber den Fürsten", berichtet Bieske „zum Nichtwiedererkennen verändert: abgezehrt, schwach, das linke Auge halb geschlossen, die Unterkinnlade herunterhängend, der Puls klein, schnell und aussetzend. Auf letzteres setzte ich nicht großen Wert, denn auch in gesunden Tagen setzte der Puls den 5. und 7. Schlag aus, so daß man glaubte, er leide an einer Herzkrankheit oder angehender Verknöcherung der großen Gefäße des Herzens". Bald weigerte er sich auch wieder hartnäckig, Wein und Nahrungsmittel zu sich



zu nehmen, er sei seinem Lebensziele nahe und wolle nicht noch einmal umkehren. Die Kräfte sanken immer mehr, die Stimme wurde schwach, kaum hörbar, der Puls wurde immer schlechter, doch blieb das Bewußtsein ganz frei. Er starb am 12. September 1819, nachdem er noch von jedem Abschied genommen hatte.

Bei der Einbalsamierung fand sich u. a. ein großes, etwas welkes Herz, das an einigen Stellen mit dem Herzbeutel verwachsen war, „was aber durchaus nicht Produkt der letzten Krankheit zu sein schien". Die großen Gefäße des Herzens waren an einzelnen Stellen in „angehender Verknöcherung". Gallensteine fanden sich keine, „was bei den heftigen Kolikschmerzen öfter vermutet wurde".

Wenn wir die Erkrankungen Blüchers richtig verstehen wollen, so müssen wir uns zunächst noch einmal das Bild der Persönlichkeit Blüchers in gesunden Tagen vor Augen halten. Eine treffliche, kurze Charakterisierung dieses populärsten aller Freiheitshelden finden wir in *Webers* Weltgeschichte (2. Aufl., 14. Bd., S. 454), wo es von ihm heißt:

„Ein echter Typus des mecklenburgisch-pommerschen Edelmanns in seiner besten Erscheinung, voll kriegerischen Ungestüms, derber Manneskraft, treuherzigen, ehrlichen, leutseligen Wesens bei aller Rauheit, voll jugendlichen Feuers und überschäumender Lebenslust trotz seiner weißen Haare, voll unbeugsamer Willenskraft und stürmischen Mutes, voll sittlichen Ernstes und frommer Zuversicht, ein Vaterlandsfreund und Franzosenhasser, wie es selbst in jener patriotisch erregten Zeit keinen glühenderen gab, so steht der „Marschall Vorwärts" vor uns."

Treitschke (Deutsche Geschichte im 19. Jahrhundert. I. Teil) sucht die Wurzel von Blüchers Stärke in „jenen einfachen Tugenden ursprünglicher Menschheit, die bis ans Ende der Geschichte der feste Grund aller Größe der Völker bleiben werden" ..., dem „kriegerischen Mut, der frischen Kraft des begeisterten Willens, der Wahrhaftigkeit des Hasses und der Liebe". Und diese Eigenschaften, die Blüchers Wesen beherrschten, hatte er ererbt von seinen Vorfahren, er teilte sie mit mehreren seiner Brüder und fand sie wieder in seinem älteren Lieblingssohn Franz, der als ein Mann von großer Begabung und hohem, verwegenem Mute geschildert wird, aber zum großen Kummer des alten Blücher, erst 37jährig, im Jahre 1815 einer schweren Gemütskrankheit verfiel [1]).

---

[1]) Ob es sich bei der Erkrankung von Blüchers Sohn Franz um Schwermut handelte oder gar um eine traumatische Psychose, ist sehr fraglich: letzteres erscheint sehr unwahrscheinlich, da Franz längere Zeit nach der Verwundung wieder vollständig gesund war, auch dürfte es sich wohl kaum um manisch-depressives Irresein handeln, denn er genas nicht mehr bis zu seinem Tode im Jahre 1829. Möglicherweise handelte es sich um eine Erkrankung an Dementia praecox.



Und in der Tat, der tiefste Grund, auf dem Blüchers weltgeschichtliche Bedeutung beruht, war ein stürmisches, tatendurstiges und hoffnungsfrohes Gemüt, das tief und nachhaltig in heißer Liebe und in grimmigstem Haß entbrannte.

Diese elementare Wucht des Empfindens, diese Kraft des Hasses und der Liebe, die Herrschaft dieser unaufhaltsamen, vorwärtsdrängenden, dämonischen Macht ist bezeichnend für viele Heroen der Weltgeschichte; sie finden wir bei Blücher in starker Ausprägung.

Blücher selbst fühlte diese Kraft (bei der Verfolgung der klar geschauten Ziele) als seinen „eisernen Willen". Denn oft gebraucht er selbst mit der ihm eigentümlichen naiven Offenheit diesen Ausdruck; so schrieb er z. B. am 22. Juni 1815 nach der Schlacht von Bellealliance an Stein: „Nur meinen eisernen Willen und den Beistand von Gneisenau sowie die Zuneigung der Truppen und ihre Bravour habe ich alles zu danken. An Vorstellungen und Klagen über zu große Anstrengungen und Gefahren hat es nicht gefehlt. Aber dergleichen habe ich von der Hand gewiesen." Und in der Tat, wenn er etwas für richtig erkannt hatte, so scheute er weder Anstrengungen noch Gefahren für sich selbst wie für seine Truppen, um sein Ziel zu erreichen. Oft verleitete ihn aber sein feuriges Temperament, mitten im Verlauf einer Schlacht als führender General eine Reiter attacke mitzumachen, und gar zu leicht setzte er dadurch den Erfolg der ganzen Schlacht aufs Spiel. Im Kriege wie im Spiel setzte er gern alles auf eine Karte. Er sprach deshalb auch wohl von seiner „Verwegenheit". Aber diese Verwegenheit war im allgemeinen keine blinde Tollkühnheit; im Kriege scheute er sich nicht, wo er die Notwendigkeit erkannte, vor einer Übermacht zurückzuweichen, wenn er nur das Hauptziel dadurch eher erreichte, und gern suchte er durch eine List nach Husarenart den Feind in eine Falle zu locken; ebenso war er im persönlichen Verkehr nicht eigensinnig, gern nahm er guten Rat anderer an, und selbst seinen empfindsamen Stolz hieß er schweigen, wenn er durch Fügsamkeit und Klugheit den Hauptzweck besser erreichte: so hat er sich nicht gescheut, zehnmal von Friedrich dem Großen seinen regelrechten Abschied oder seine Wiederanstellung zu erbitten, obwohl er einst in trotziger Auflehnung seines Gerechtigkeitsgefühls den Abschied genommen hatte.

Sein klarer Verstand befähigte ihn, die richtigen Mittel und Wege zu seinen Zielen zu finden. Wie er als Landwirt tätig und umtriebig sein Gut in die Höhe brachte, wie er stets auch an der finanziellen Sicherstellung seiner Familie arbeitete — trotz seines leidenschaftlichen Spielens —, so arbeitete er als Offizier zweckbewußt an der Ausbildung seiner Truppen, stets das eine große Ziel im Auge, daß die Truppen für den Krieg gerüstet sein müssen; deshalb war er allem nebensächlichen Paradedrill feind; er suchte die Prügelstrafe abzuschaffen zu einer Zeit, wo sie noch allgemein üblich war, denn er wollte den Mann zum kriegs-



tüchtigen, seinem Führer in allen Gefahren treuen Soldaten erziehen. Obwohl ihm alle Büchergelehrsamkeit fehlte, hatte er auch in großen politischen Fragen einen klaren, sicheren Blick.

Wenn Blüchers energisches Handeln im Großen auch geleitet war von einem klugen Verstande, so durchbrach doch mitunter sein lebhaftes Temperament die Schranken kluger Vorsicht. Dem Hazardspiel, wobei er hohes Spiel liebte, war er geradezu leidenschaftlich ergeben. Die Aufwallungen über begangenes Unrecht, über säumige, kraftlose Politik, über vermeintliche oder tatsächliche Zurücksetzungen und dergleichen, welche in seinen Briefen zutage treten, hätten wohl manchmal Schaden gestiftet, wenn der Empfänger nicht zurückhaltender gewesen wäre als der Absender der Briefe; seinen übereilten Austritt aus dem Heere hatte er nachher lange Jahre wieder bitter bereut. Haß und Liebe, das Gefühl für Recht und Unrecht waren immer die starken Triebfedern seines Handelns. Recht und Unrecht wurde stets von seiner lebhaften Natur stark empfunden. Auch Glück und Unglück machte einen tiefen Eindruck auf ihn, doch vermochte nur solches Unglück deprimierend auf ihn zu wirken, gegen das er nicht anzukämpfen vermochte: so konnte der willensstarke, zuversichtliche Mann tieftraurig und hoffnungslos werden durch Krankheiten, die seine Arbeitskraft hemmten, durch die schwere Krankheit seines Sohnes, durch den ihm sehr nahegehenden Tod der Königin Luise oder durch andere schwere Schicksalsschläge. Leichtere Erkrankungen, die sein Allgemeinbefinden nicht störten und dadurch seine Tatkraft nicht lähmten, wie leichtere Verwundungen oder Quetschungen (z. B. durch Sturz mit dem Pferde), hat er dagegen offenbar mit Energie überwunden und wenig beachtet, und verlorene Schlachten dienten meist nur dazu, ihn zu energischem Vorgehen anzufeuern, um die Scharte wieder auszuwetzen.

Jene menschlich schönen Eigenschaften, welche Blücher zum Liebling der Nation machten, waren aber neben seinem trefflichen Humor seine vornehme Gesinnung, eben jenes starke Gefühl für Recht und Unrecht und ein tiefes Mitgefühl mit andern Menschen. „Gegen Verwundete, Kranke, Gefangene oder durch den Krieg Verunglückte," erzählt Bieske (a. a. O. S. 11), „gleichviel ob Freund oder Feind, war er sehr mitleidig und bot alles auf, ihnen Hilfe zu verschaffen." Dank dieser Eigenschaft, mit andern Menschen mitfühlen zu können, konnte er auch immer das richtige Wort finden, wenn seine Soldaten den Strapazen des Feldzuges zu erliegen drohten. Dazu kam noch eine seltene Rednergabe, die es ihm ermöglichte, seinen Gefühlen den richtigen Ausdruck zu verleihen. Und er war auch der Mann, andern Menschen Trost zu spenden; seine frohe Zuversicht auf den Sieg der guten Sache, die in einem gläubigen Gottvertrauen wurzelte, und seine originelle, humorvolle Art waren stets ein kräftiger Halt für geplagte, trostbedürftige Menschen.



So erscheint uns Blücher nicht bloß als der derbe, kühne Haudegen, dem jede feinere Bildung fehlte, sondern als ein durchaus harmonischer, wenn auch affektiv stark erregbarer Charakter; neben großer Willensstärke und einem scharfen Verstande besaß er eine tiefe, edle Herzensbildung.

Unter körperlichen Beschwerden hatte Blücher, besonders im späteren Alter, viel zu leiden. Namentlich war es ein Harnröhrenleiden, das ihm bis an sein Lebensende immer wieder große Schmerzen bereitete. Außerdem litt er später öfters an Augenentzündung (wohl Bindehautentzündung), an Hämorrhoidalbeschwerden, an Kopf- und Ohrenschmerzen, und häufig klagte er über Fieber, das oft mit den Unterleibsbeschwerden zusammenhing, manchmal aber auch wohl durch Erkältungen veranlaßt war. Ob auch die Herzbeutelerkrankung und die Arterienverkalkung, welche bei der Sektion festgestellt wurden, ihm Beschwerden verursachten, ist nicht mehr sicher festzustellen, immerhin dürfte die Erkrankung des Herzens und der großen Gefäße, die sich im Leben auch schon in einer starken Unregelmäßigkeit des Pulses gezeigt hatte und vielleicht auch die Ursache der Kopfschmerzen und Ohrenschmerzen seit dem Jahre 1803 gewesen war, nicht ohne Einfluß auf sein Wohlbefinden gewesen sein; ob diese letztgenannten Erkrankungen in direktem Zusammenhang mit den gleich zu besprechenden geistigen Erkrankungen standen, ob insbesondere auch Arteriosklerose der Gehirngefäße vorhanden war, wissen wir nicht. Die schlechten Zirkulationsverhältnisse könnten aber an sich schon einige vorübergehende Erscheinungen seiner geistigen Erkrankungen wohl erklären.

Diese geistigen Störungen sind uns ausführlich geschildert als schwere, dem Wesen Blüchers scheinbar ganz entgegengesetzte Gemütsverstimmungen; aus diesen Darstellungen geht hervor, daß mindestens seit dem Jahre 1794/95, also seit seinem 52. Lebensjahre, von Zeit zu Zeit Zustände auftraten, die wir symptomatisch als Depressionen mit hypochondrischem Gedankeninhalt und illusionärer Verfälschung der Umgebung bezeichnen müssen; am stärksten und langdauerndsten war die Depression des Winters 1808/09, ein starker, aber viel kürzerer Rückfall erfolgte im März und April 1814, und wieder ein längerer Rückfall mit schweren Erscheinungen im Jahre 1815/16. Aber auch sonst litt Blücher häufig an „Grillen der Hypochondrie", während der Grundzug seines Wesens doch eine zuversichtlich heitere Stimmung war, die sich mitunter bis zu lustigster Ausgelassenheit steigerte.

Nach den geschilderten Symptomen und dem Verlauf der Erkrankungen, die jahrelang aussetzten, ohne in der Zwischenzeit irgendwelche Spuren eines geistigen Defektes zurückzulassen, muß man wohl zunächst an eine in späterem Alter einsetzende Form periodischer Melancholie denken, die dem manisch-depressiven Irre-



sein *Kraepelins* zuzurechnen wäre. Daß wir es nicht mit einer jener Formen von Melancholie des höheren Lebensalters zu tun haben, welche als präsenile Erkrankung von den Melancholien des manisch-depressiven Irreseins abzugrenzen ist, dafür spricht der günstige Verlauf von Blüchers Krankheit; und auch „die Unsinnigkeit der Wahnbildungen" spräche nicht gegen die Zurechnung der Blücherschen Depressionszustände zum manisch-depressiven Irresein, da derartige Wahnideen, wie schon mehrfach hervorgehoben wurde (*Gaupp*[1]), *Kraepelin*[2]), u. a.), sich ebenso bei den zirkulären Formen finden. Im Gegensatz zu dem gewöhnlichen Bild der Melancholien des höheren Alters (s. *Kraepelin*, Lehrb. d. Psych., 8. Aufl., Bd. III. S. 1379) scheint nach den Berichten bei Blücher ängstliche Erregung nicht aufgetreten zu sein, während ängstliche Wahnideen und Mutlosigkeit mit ausgeprägter Willenshemmung das Bild beherrschten.

Wenn sich die Psychose Blüchers auch unschwer von jenen zur Demenz führenden schweren Formen melancholischer Erkrankung abgrenzen läßt, so bietet die Abgrenzung nach der anderen Seite, nach derjenigen der rein psychogenen Störungen, viel größere Schwierigkeiten; denn nach den Erzählungen der Zeitgenossen Blüchers scheint es fast, daß es sich stets um reaktive Depressionen handelte. Wenn nun auch das natürliche Erklärungsbedürfnis und die frühere rein psychologische Denkweise in der Psychiatrie manche dieser Darstellungen beeinflußt haben mag und *Nostitz* auch einmal umgekehrt die Verschlimmerung körperlicher Leiden von der üblen Laune ableitet, so ist doch die Möglichkeit, daß die Depressionen Blüchers stets in der Folge körperlicher Leiden und ärgerlicher Vorkommnisse auftraten, nicht ganz von der Hand zu weisen.

Denn die bei Blücher auch in gesünderen Zeiten vorhandene Neigung zu „hypochondrischen Grillen", die Ängstlichkeit, mit der er körperliche Beschwerden und die Wirkung der Arzneimittel

---

[1]) *R. Gaupp*, Die Depressionszustände des höheren Lebensalters. Münch. med. Wschr. 1905, Nr. 32, S. 1531 ff.

[2]) *E. Kraepelin*, Fragestellungen der klinischen Psychiatrie. Ztlbl. f. N.-Hlk. u. Psychiatr. 1905, Bd. 16, S. 573 ff.



auf seinen Zustand, auch wo es sich um bloße Abführmittel handelte, zu beobachten pflegte, läßt uns auch die ausgesprochene Schwermut als nicht ganz so wesensfremd erscheinen, wie man zunächst bei einem Manne, der sonst durch mannhafte Zuversicht und heiteren Humor seine ganze Umgebung weit überragte, annehmen könnte. Wenn nun ernstere Hemmungen, vor allem körperliche Leiden, gegen die er machtlos war, diesem Mann der Tat entgegentraten, so konnte es wohl sein, daß seine Kraft erlahmen, sein Mut sinken konnte und er in der erzwungenen Tatenlosigkeit immer mehr in hypochondrisches Grübeln und schwermütige Gedanken verfiel. Auffallend ist auch, daß von Gehörshalluzinationen, wie sie die Psychosen des höheren Alters sonst so häufig begleiten nichts verlautet, und auch die geschilderten Visionen scheinen mehr illusionären Charakters und einer Aufklärung und Berichtigung — wenigstens in dem Fall in Namur — zugänglich gewesen zu sein, teilweise lassen sie sich auch als die Visionen eines Erschöpften erklären, bei dem durch die Herzerkrankung noch dazu die Blutzirkulation gestört gewesen sein mag. Auch die Wahnbildungen scheinen durchaus nicht so absurd zu sein, wie die Berichterstatter sie zunächst darstellen: die Geschichte, daß er mit einem Elefanten schwanger zu sein glaubte, scheint in dieser Form nicht wahr zu sein, und die Idee, daß sein Haupt versteinert sei, kann ebensowohl als Ausdruck einer depressiven Mißempfindung wie als die wahnhafte Meinung, daß der Kopf tatsächlich aus Stein sei, aufzufassen sein. Die S. 353 geschilderte wahnhafte Auslegung der Geräusche, welche durch das Platzen von Tapeten entstanden, war, wie *Bieske* versichert, leicht korrigierbar, nachdem die wirkliche Ursache des Geräusches erkannt war; außerdem konnte dieses Phantasiespiel veranlaßt sein durch zirkulatorische Störungen im Gehirn, die, abgesehen von der Herzkrankheit und der Arteriosklerose, auch Folge der Überheizung des Zimmers sein mochten. So scheinen zunächst viele Äußerungen der Krankheit auch ohne die Annahme einer endogenen Schwermut erklärbar zu sein. Auch wissen wir nichts Sicheres über manische Zeiten bei Blücher. Immerhin spricht ja das Fehlen manischer Zeiten an sich nicht gegen die Zugehörigkeit der Krankheit zum manisch-depressiven Irresein (s. z. B. *Kraepelin* a. a. O. III. Bd. S. 1374 ff.);



außerdem ist nicht sicher zu sagen, ob manische Zeiten ganz fehlten, da das Verhalten Blüchers oft so war, daß wir nachträglich nach den Überlieferungen nicht auszuschließen vermögen, daß nicht manchmal ein gewisser Grad von Hypomanie vorlag (die oft etwas überschwängliche Ausdrucksweise in seinen Briefen ist aber nicht als krankhaft anzusehen, sondern sie war seinem Stil stets eigentümlich). Die besonders von Eisenhart erwähnten Scherze während der schweren Erkrankung des Jahres 1808/9 scheinen auch dafür zu sprechen, daß die Stimmung als ein reaktiver Zustand in weitgehendem Maße vom körperlichen Befinden beeinflußt war, vielleicht sind sie aber auch als Zeichen eines Mischzustandes bei vorübergehender Besserung aufzufassen.

Wenn wir endlich noch der Frage der Erblichkeit nähertreten, so kommen wir zu dem Ergebnis, daß von einer erblichen zirkulären Belastung nicht gesprochen werden kann; der Ururgroßvater Bernhard Blücher ist der einzige Vorfahre seit dem 30 jährigen Krieg, bei dem wir an eine psychische Erkrankung denken können, und bei der Erkrankung von Blüchers Sohn Franz, welcher von 1815—1829 geisteskrank war, handelte es sich nach den Berichten wohl eher um Dementia praecox als um manisch-depressives Irresein (s. S. 355). Immerhin scheinen in der Familie temperamentvolle Naturen keine Seltenheit gewesen zu sein.

Wenn danach auch zuzugeben ist, daß manches für psychogen entstandene, stark affektbetonte Reaktion spricht, so geht doch selbst bei der Annahme reaktiver Auslösung der Depressionen die Reaktion in ihrer Stärke und Dauer so weit über das psychologisch verständliche Maß hinaus, daß den Erkrankungen eine weitgehende Selbständigkeit zuerkannt werden muß. Dem entspricht, daß nach Aufhören einer körperlichen Erkrankung (z. B. der Augenentzündung im Jahre 1814) sich die Stimmung nicht sofort wieder hob, und daß andererseits trotz Weiterbestehens eines körperlichen Leidens eine wesentliche Besserung der Gemütskrankheit eintreten konnte.

Wir werden demnach die Depressionszustände Blüchers am ungezwungensten in den Rahmen des manisch-depressiven Irreseins *Kraepelins* einordnen, wobei die oben erwähnten, z. T. vom gewöhnlichen Verlauf abweichenden Eigentümlichkeiten besonderes



psychiatrisches Interesse bieten (vor allem der günstige Verlauf im höheren Alter trotz den anscheinend absonderlichen Wahnideen, das fast völlige Fehlen von Gehörstäuschungen, die offenbar häufige reaktive Auslösung und der Zusammenhang mit gewissen Eigentümlichkeiten — „hypochondrischen Grillen" — in gesunden Tagen).

Auf den Gang der großen weltgeschichtlichen Ereignisse haben die Erkrankungen Blüchers nur einmal einen hemmenden Einfluß ausgeübt: das war in den Kämpfen um Laon im März 1814. Vielleicht wäre Napoleon schon damals seinem Schicksal verfallen, wenn nicht Blüchers Tatkraft und Feldherrnkunst durch körperliche und seelische Leiden tagelang ausgeschaltet gewesen wäre, denn so sehr überragte dieser eine Mann trotz seiner 71 Jahre seine ganze Umgebung an Kraft und Sicherheit des Entschlusses! Abgesehen aber von diesem einen Fall sehen wir keine geschichtlich verhängnisvollen Folgen von Blüchers Erkrankungen. Sie vermochten den Wert seiner Persönlichkeit in gesunden Tagen und die Sicherheit und Zuverlässigkeit seiner Führung nicht herabzusetzen. Von den Zeitgenossen erfuhren nur wenige, wie schwer die Erkrankungen waren: man suchte sie zu verschleiern, anderseits bemächtigte sich das Gerücht dieser Vorfälle und wußte groteske Äußerungen vom alten Blücher zu erzählen, die in dieser Form sich nicht bestätigen lassen.

Eiweißspaltgifte[1]).

Von

Dr. **Richard Zimmermann.**

Das letzte Jahrzehnt hat für die Kenntnis mancher Geisteskrankheiten einige Tatsachen neu hinzugebracht, die wir vielleicht auf das Soll und Haben der Eiweißspaltgifte werden buchen können. Bei dem Mangel an befriedigenden Ursachen lag die Annahme einer Selbstvergiftung des Körpers nahe.

Bei dem heillosen Trinker liegt wie bei einem akuten Rauschzustande und bei dem willensschwachen Morphinisten die Hirnvergiftung mit Ausgang in eine Geistesstörung greifbar vor Augen. Am Endesende können zwei chemisch verschieden gebaute Gifte zu dem gleichen, unsagbar traurigen Ausgang führen, daß sie den lebenden Menschen mit allem seinem Fühlen und Wollen zur Ruine machen. Der Verschiedenheit beider Gifte entspricht auch der unterschiedliche Angriffspunkt im Zentralnervensystem.

Neben solchen chemischen Giften wird man wohl auch die Vergiftung mit körpereigenen, aber blutfremden Erzeugnissen des Eiweißstoffwechsels, die wir mit dem Sammelnamen Eiweißspaltgifte bezeichnen wollen, stellen müssen. Daß Eiweißzerfall aus den zusammenbrechenden Zellschichten der Hirnrinde und dem Abbruch des Marklagers in mehr oder weniger ausgedehnter Weise in die Zirkulation gerät, lehrt der histologische Abbau der Hirnrinde bei Geistesgestörten.

Seit langem sind die Verschmälerung des Markkegels und die tektonischen Verwerfungen der Rindenschichten bei der progressiven Paralyse bekannt, so daß sie außer acht gelassen werden können. Aber auch bei anderen Geisteskrankheiten zeigen sich tiefgreifende Zerstörungen in Rinde und Mark.

---

[1]) Aus der Krankenanstalt Hamburg-Langenhorn. Direktor: Prof. Dr. *Neuberger*.



So lassen sich bei der Dementia praecox[1] die chronischen, aber auch die akuten Zellveränderungen *Nißls* jederzeit nachweisen. — Bei der chronischen Ganglienzellerkrankung erscheinen die Kerne länglich-schmal, verfärbt und mitunter so dunkel, daß das Kernkörperchen nicht mehr gesehen werden kann. Die Tigroidschollen zerfallen, und an ihrer Stelle treten häufig basophile Körnchen auf. Der Zelleib, mitunter auch der Kern, nimmt eine netzartige Struktur an, deren Maschen fettartige (lipoide) Massen ausfüllen. Die Neurofibrillen und Achsenzylinder spleißen sich auf, verkleben miteinander und zerfallen zu Brocken und Körnchen. Im Marklager trifft man nicht selten auf Lichtungen. Neben diesen chronischen Veränderungen am nervösen Gewebe treten die akuten Zell- und Faserveränderungen weit zurück. Nachweisen lassen sie sich wohl regelmäßig, so daß wir so ziemlich immer aufgeblähte, bläßliche Kerne und Zelleiber mit randständigen Kernen finden, die nicht selten wie halb aus der Zelle heraus gequollen erscheinen.

Kraepelin[2] meint, daß bei der Dementia praecox wohl am häufigsten das Stirnhirn, die Zentralwindung und der Schläfenlappen erkrankt seien, und zwar zeigten sich, worauf *Alzheimer* aufmerksam gemacht hat, in der 2. und 3. Zellschicht die Ausfälle am deutlichsten oder doch zahlreiche lipoide Sklerosen. Es erkrankten also vornehmlich die Schichten der kleinen und mittleren Pyramiden mit ihrem tangentialen Faserwerk, in denen wir die höheren Verstandesleistungen, die Willens- und Bewegungsantriebe, aber auch die sprachlichen Störungen und Gehörstäuschungen zu greifen vermeinen.

Man kann sich leicht überzeugen, daß in dem 2. und 3. Zellstreifen beinahe regelmäßige Zellausfälle und Gewebsveränderungen bestehen, die wir ohne Zweifel als dauernde bezeichnen müssen. Ein rein psychologisch zu bewertender Spaltungsprozeß, eine bloße Schizophrenie, liegt auf Grund der histologischen Befunde dem Wesen der Dementia praecox sicher nicht zugrunde. Ob vorwiegend das cortico-assoziative Zell- und Fasergebiet beteiligt ist, scheint für alte, langjährige Kranke doch zweifelhaft. Bei diesen lebenswunden Menschen, die ihr ganzes Dasein in den großen Sammelanstalten verdämmern, sind auch die markwärts gelegenen Zellenstreifen mit langen Projektionsfasern wohl immer und in ausgedehntem Umfange krankhaft verändert.

Die Sache, auf die es ankommt, ist, daß sich wie für die Paralyse, die arteriosklerotischen Seelenstörungen und den Alters-



schwachsinn auch für die Dementia praecox der histologische Nachweis erbringen läßt, daß unzählige Nervenzellen, Fibrillen, Achsenzylinder und Markscheiden ausnahmlos mehr oder weniger schwer geschädigt gefunden werden.

Nicht anders liegen die Verhältnisse auch für die epileptischen Seelenstörungen, über die Untersuchungen von *A. Jacob*[3] neben älteren von *Alzheimer* vorliegen. Es liegt aber nicht im Rahmen dieser Abhandlung, auf die epileptischen Veränderungen, die Randgliose, die frühzeitigen Zellpigmentierungen, den Achsenzylinderzerfall und die Gefäßveränderungen, auf den ganzen, weit über das Hirn verbreiteten chronisch-degenerativen Vorgang näher einzugehen. Uns interessiert, daß einmal ein steter Abbau nervösen Gewebes sich nachweisen läßt, und daß beim Wiederakutwerden des Leidens, beim Status epilepticus frische regressive Veränderungen an den Ganglienzellen, massenhafte Kernteilungsvorgänge an der Glia und zahllose Abbauprodukte auftreten.

Es hat eine Zeit gegeben, in der man — ausgehend von der tierischen Zellschädigung durch anorganische Gifte — die menschlichen Ganglienzellen nach Veränderungen durchsuchte, die dieser oder jener mehr oder weniger gut charakterisierten Geisteskrankheit ihr bestimmtes Gepräge geben könnten. Aber neben der Giftart scheint doch auch die Menge des Giftes von Einfluß auf die Schwere und den Verlauf der Psychose zu sein.

Wohl läßt sich eine jugendliche Dementia praecox unschwer von einer Dementia senilis mit ihren Gefäßveränderungen und ihren gliösen Nestern, und diese wieder von einer Paralyse durch die Gefäßmäntel und Plasmazellen scheiden. Jedoch worin der Krankheitsprozeß der schizophrenen Geistesschwäche nun ursächlich wurzelt, erfahren wir nicht. Histologisch und klinisch vermögen wir zum Teil wohl recht gut die verschiedenen Verblödungsausgänge voneinander zu trennen. Auf ein bestimmtes Rindenfeld können wir jedoch nicht hinweisen und etwa sagen, weil die 2. und 3. Schicht in dieser oder jener Windung sklerosierte Ganglienzellen mit lipoiden Anhängen und Faserausfall aufweist, hat die geistige Störung den Ausgang in Sprachverwirrtheit nehmen müssen.

Als gemeinsames Band, das sich wie ein roter Faden durch alle Irrnisse und Wirrnisse hindurchzieht, findet sich bei vielen Geisteskrankheiten der Untergang nervöser Zellen und Fasern und ein eigenartiges Verhalten der Glia, die zu einem fressenden Gewebe wird, und das massenhafte Vorhandensein

von **Abbaukörperchen.** Gerade die Kenntnis der Abraumzellen hat einen der Schleier, die über den Psychosen liegen, gelichtet. Ihre Naturgeschichte ist vornehmlich durch Arbeiten von *Merzbacher*[5] und wieder von *Alzheimer*[6] erschlossen worden. Aus der Menge der Abraumzellen heben sich Elemente verschiedenartigster Herkunft und Wertigkeit heraus. Blutkörperchen, Gefäßwandzellen, gliöse Elemente und Zellen des jungen Narbengewebes lassen sich unterscheiden. Sehr frühzeitig treten Zellen auf, die sich durch ihren gekammerten Bau als Abraumzellen erweisen und als kurzlebige Blutkörperchen angesehen werden. Die Hauptmasse, gewissermaßen das Gros der Stoßtrupps, die in die Stätten geschädigten nervösen Lebens hineindringen, sind Zellen aus dem wuchernden Narbengewebe und Gefäßwandzellen. Die Wichtigkeit dieser beiden Gewebe faßt *Merzbacher* mit den Worten zusammen, „daß sie gerade als Prototyp der Abraumzellen gelten können". Auch die Glia beteiligt sich vermöge ihrer ungemeinen Wandlungsfähigkeit an den Aufräumungsarbeiten. Sie hat aufgehört, nur als Stützgewebe, als die Bogen und Pfeiler in der reich und eigenartig gegliederten Architektonik des nervösen Baues zu gelten, und ist zur Wander- und Freßzelle geworden. Zwei verschiedene Gruppen von Abraumzellen entwickeln sich aus der Glia. Die einen bleiben im Gewebe, vor Ort verankert liegen und greifen wie festsitzende Korallen mit ihren Fangarmen nach Zellbrocken, die der Saftstrom an ihnen vorüberführt, umfließen sie mit ihren Fortsätzen und nehmen sie in sich auf. Die anderen trifft man weit von ihren Brutstätten entfernt und findet sie überladen mit den Resten nervösen Lebens. Diese amöboiden Gliazellen *Alzheimer*s treten zu ganzen Schwärmen „als eine sehr verbreitete Begleiterscheinung akuter Krankheitszustände des Nervengewebes auf", zu denen wir die überaus heftigen Delirantenzustände der Katatoniker, die gehäuften Anfälle der Epileptiker, den Status epilepticus und paralyticus zu rechnen haben.

Gerade die epileptische und katatone Hirnrinde öffnet Einblicke in das Leben und Treiben der amöboiden Gliazellen. Mit anfänglich noch häufig geramsten Begrenzungslinien legen sich die Gliazellen an die Markscheiden, ziehen sich, mit breiten Haftflächen längs der Kapillaren Fuß fassend, wie an einer Trosse



in die Nachbarschaft der Gefäße, umfließen und umscheiden sie derartig, daß um die Gefäße förmlich Hüllen und Mäntel entstehen. Wieder anders gestaltete Zellen der bildungsreichen Glia sammeln sich in der Nachbarschaft der nervösen Zellen, mauern buchstäblich die Pyramidenzellen ein, drücken und schieben sich tief in ihren Zelleib hinein und pressen sie zu wunderlichen Formen zusammen oder schnüren ganze Zellteile ab, so daß es aussieht, als wäre die Pyramidenzelle durch Gliazellen ersetzt worden.

Das Auftreten immer zahlreicher werdender Körnchen in den Fortsätzen der Gliazellen, die nach mannigfacher Wandelung schließlich als lipoide Bläschen den ganzen Zelleib anfüllen, verbildlicht das Auslaugen, Aufsaugen und Aufzehren des nervösen Gewebes. Aber mit der Absättigung der Gliazellen bis zum Platzen mit einem fettartigem Material gehen auch diese Gliazellen zugrunde und werden die Beute noch tätiger und jugendkräftiger Formen.

In den Abraumzellen stoßen wir auf mannigfache Einschlüsse unterschiedlicher Herkunft: auf rote und weiße Blutkörperchen, auf Trümmer von Markscheiden und Achsenzylindern sowie auf Reste von Ganglien- und Gliazellen. Wenn die Schädigungen an den nervösen Zellen ruhen, muß die Tätigkeit der Abraumzellen noch weiter gehen.

Mit diesen Vorgängen vergesellschaftet sich noch ein anderes ungemein wichtiges pathologisches Geschehen: Der Durchbruch und die Auflösung der Gliagrenzhaut, der Membrana perivascularis, so daß der Blut- und Lymphweg für die Fortschaffung der Abraumstoffe und Schlacken frei wird und zerfallenes Eiweiß in den Kreislauf gerät. „Es steht fest," sagt *Nissl*, „daß bei den nicht eitrigen Entzündungen auch von den Gefäßscheiden aus hämatogene Zellen in das nervöse Gewebe einzudringen imstande sind. Die Adventitia ist unter gewissen pathologischen Umständen nicht imstande, lebende Zellen mesodermalen Ursprungs zurückzuhalten."

Es sind vornehmlich drei Krankheiten des Gehirns, die diese Grenzscheide durchbrechen: die progressive Paralyse, ganz besonders die Wutkrankheit[20], und die Schlafkrankheit, bei der die Plasmazellen im Gegensatz zur Paralyse tief in das Gewebe einzudringen vermögen.

Es ist Material sehr verschiedener Abkunft und somit recht unterschiedlichen Aufbaues, wie Schotter vom Bindegewebe der Gefäße und Hirnhäute, von Glia und nervösen Zellen und Fasern, das noch keineswegs völlig entgiftet in das Blut gelangt und wiederum an die schon geschädigten Zellen der Großhirnrinde getragen wird.

In die dichten Fasern und Zellagen ist nun aber — auch wenn wir uns über das Wie gar keine Vorstellungen machen können — eine ganze, rein persönlich gestaltete Gedankenwelt eingebettet. Wohl tritt uns in dem gefärbten Schnitt nur ein Kunstprodukt vor Augen, aber wir schauen doch wie in ein kinomatographisch zerlegtes Geschehen. Obgleich wir nicht den steten Fluß der wechselnden Veränderungen an den nervösen Zellen und Fasern und ebensowenig das lebendige Getriebe der Abraumzellen beobachten können, sondern den Zusammenhang und den Wechsel der Formveränderungen nur als Ausschnitte vor uns haben, so läßt sich doch eine Schau vom Ganzen gewinnen: Mit dem krank gewordenen Hirn siecht und zerfällt auch die Persönlichkeit. Eine Zeitlang mag wohl für den Ausfall durch noch gesundes, nervöses Gewebe ein behelfsmäßiger Ersatz geleistet werden. Diese vermehrte Inanspruchnahme muß einmal ihre Grenze finden, und das überlastete Gewebe und seine überspannte Tätigkeit wird nur um so schneller zusammenbrechen.

In dem Aufbruch und der Zertrümmerung der nervösen Gewebsstrukturen wie in dem Werden und Vergehen der Abraumzellen haben wir das erste der großen Quellgebiete vermutlich vor uns, aus denen Eiweißspaltgifte in die Zirkulation abfließen.

Diese blutfremden Bausteine unterliegen nicht der Sichtung und Auslese durch die Fermente des Magendarmkanals, wo aus der angelieferten Masse wie in einem großzügigen Abfallverwertungsausschuß durch vielerlei Hilfe das Wertlose ausgeschieden und das Körperbrauchbare auf die Lymph- und Blutbahnen verfrachtet wird und zur Entgiftung in die Leber gelangt.

Es sei nur die Bedeutung der Leber für die Fettverdauung hervorgehoben, wie an ihren Reichtum an eiweißspaltenden Fermenten und ihre große Fähigkeit, eine Schutzwehr gegen Gifte zu bilden, erinnert. Auch die leukozytäre Entgiftung, die in den Blut- und Lymphwegen vor sich geht, kann für die in dem parenteralen Strom treibenden Eiweißtrümmer nur eine überstürzte



und unzureichende sein. Es müssen Mengen von ungenügenden und falsch abgebauten Zellmaterialien in das Blut gelangen.

Neben dieser parenteralen Einmischung blutfremder Eiweißspaltprodukte aus dem Hirn scheinen auch aus dem Gefüge der Nebennieren, Keimdrüsen und aus der Schilddrüse sich Zellbausteine loszulösen. Nach *Abderhalden* sollen dadurch neue Fermente entstehen, die sich an dem weiteren Abbau und Umbau zu schaffen machen. Über das Wesen der *Abderhalden*schen Abwehrfermente haben die Arbeiten von *Oeller* und *Stephan*[8]) und ganz besonders von *Hauptmann*[9]) doch manche Klärung gebracht.

Wie alle Antikörper, sollen sie nach dem Typ „Komplement-Ambozeptor" gebaut sein, wobei das Komplement den unspezifischen, der Ambozeptor den spezifischen Anteil vorstelle. Von Fermenten könne freilich keine Rede sein.

Die verschiedenartigen Eiweißstoffe sind nach ihrer chemischen Konstitution [8] leichter oder schwerer für das Serum abbaufähig. So sind die glykokollreichen Sera nur wenig, die tyrosin- und tryptophanreichen leicht spaltbar. Tyrosinreich ist vornehmlich die Thymus, so daß nach dem Ausfall der Reaktion ein Schluß auf das Organ gezogen werden könnte.

Diese Beziehung zwischen der Thymus und dem häufigen Auftreten von Geistesstörungen zur Zeit ihres Schwindens während der Entwicklungsjahre eröffnet einen, wenn auch vielfach noch unklaren und verschwommenen Einblick in die geheimnisreiche Welt der inneren Sekretionsorgane, die ihre Stoffwechselprodukte geradenwegs in die Blutbahn ausschütten.

Anscheinend haben wir es mit zwei voneinander verschiedenen Vorgängen zu tun.

1. mit Eiweißspaltgiften aus den Nebennieren, Geschlechtsdrüsen, der Thymus und dem Schilddrüsenapparat. Es sind dies die „viel bewunderten und viel gescholtenen" *Abderhalden*schen Abwehrfermente von Antikörper-Ambozeptoren-Eigenschaften, die von *Fauser*[10] und von *Kaffka*[11] bei verschiedenen Geisteskrankheiten häufig nachgewiesen werden konnten.

Über den positiven Ausfall der *Abderhalden*schen Serumreaktion herrscht auch bei ihren Gegnern kein Zweifel. Die Frage ist wohl die, ob diese Abwehrfermente ausschließlich bei Geisteskranken vorkommen, und ob aus der unsicheren Beurteilung



des positiven oder negativen Ausfalles weitgehende Schlüsse auf eine bestimmte Psychose gezogen werden dürfen.

2. könnten die Absonderungen der inneren Sekretionsorgane[14], die sog. Hormone und Antihormone, in ursächliche Beziehung zu den Geistesstörungen treten. Die eigentümlichen und häufigen Befunde im Gebiet des Sympathikus und das Auftreten von Geisteskrankheiten gerade zur Zeit des Ausreifens und Welkens mancher innerern Sekretionsorgane weisen auf einen gewissen, nicht nebensächlichen Zusammenhang hin.

Möglich ist, daß die Thymusabkömmlinge nicht ohne Einfluß auf das Verhalten des Blutdruckes bei der Dementia praecox sein könnten. *Kaffka*[7] hat auf das gelegentliche Vorkommen von Abbaustoffen aus der Nebenniere aufmerksam gemacht. Schultz[18] hat darauf hingewiesen, daß bei manchen Kranken aus der Dementia praecox nach einer Adrenalin-Einspritzung die physiologische Blutdruckerhöhung ausbleiben könne, wie auch mitunter beim Morbus Basedowii. Ferner könnte der überreiche Speichelfluß mancher Katatoniker seine Förderung durch das Adrenalin der Nebenniere erhalten.

Bei Vorderhirnverletzungen, beim Basedow und bei der Dementia praecox fällt häufig die Weite der Pupillen ins Auge, die auf Aufhebung des hemmenden Einflusses beruht, den das Gangl. cervicale suprem. auf den Dilatator iridis ausübt. Zeitweise ist ja bei der Dementia praecox die Pupillenweite eine sehr beträchtliche, wenn auch keine größten Umfanges. Solche Pupillen reagieren immer auf Licht, und ihre Verengerung erfolgt mit größter Schnelligkeit und genügender Ausgiebigkeit. Auffallend schwach ist dagegen die nur geringe Ansprechbarkeit der weiten Katatoniepupille auf Schmerzreize, die bei schwerer Spannung geradezu ausbleiben kann. Auch während einer Adrenalineinwirkung läßt sich selbst nicht durch direkte Sympathikusreizung eine noch größere Pupillenweite erzielen, da die Strecke ja gewissermaßen blockiert ist.

Im engen Zusammenhang mit einem fördernden Einfluß auf das Adrenalinsystem steht der Schilddrüsenapparat. Gerade auf die Schilddrüse hatten von Anfang *Fauser*[16] und seine Anhänger hingewiesen. Er nahm für einen wenn auch kleinen Teil der Dementia praecox „eine primäre Schädigung der Schilddrüsen" an und schien geneigt, in mancher Dementia praecox ein „thyreogenes Irresein" zu sehen.

Bei der großen Verbreiterung des Basedow, namentlich in seinen Formes frustes, finden wir ihn häufig mit Geisteskrankheiten vergesellschaftet. Wir kennen ein Irresein bei Morb. Basedowii, und zwischen der Dementia praecox und dem Basedow spinnen sich allerlei Fäden hinüber und herüber: Vergrößerte Schilddrüsen, weite Lidspalten, Glotzaugen,



reichliche Schweißausbrüche, Adrenalin-Unempfindlichkeit, Ähnlichkeit der Blutbilder.

Es sei ferner auf die Beziehung des Schilddrüsenapparates zum Myxoedema postoperativum und an seine Besserung nach erneuter Einpflanzung von Epithelkörperchen hingewiesen.

Nach Entfernung der Beischilddrüsen (der Glandulae parathyreoideae) treten bei der Ratte und Maus epileptiforme Anfälle auf. Die lebhafte motorische Unruhe vor dem Einsetzen der Anfälle, das abwechselnde Auftreten von klonischen und tonischen Krämpfen, das Auswachsen der Anfälle zum Status, die Ataxie, die Harngiftigkeit, der regelmäßig tödliche Ausgang und die leichte Auslösbarkeit der Krämpfe bei der Nachkommenschaft der operierten Tiere weisen wie manche Fälle der menschlichen Pathologie auf einen Zusammenhang zwischen dem Schilddrüsenapparat und dem epileptischen Anfall hin.

Mit ganz besonderem Nachdruck ist das gesetzmäßige Vorkommen von Abwehrfermenten gegen Keimdrüsen bei der Dementia praecox behauptet und von anderer Seite wieder entschieden in Abrede gestellt worden. Über die chemische Natur dieser Stoffe herrscht, so wenig darüber bekannt ist, auch so wenig Einstimmigkeit. Erwähnt wurden bereits Abbau- und Umbauprodukte innerer Sekretionsorgane mit Antikörper-Ambozeptoren-Eigenschaften, für die *Fauser* [10] und immer wieder von neuem *Kaffka* [11] eingetreten sind. Neuerdings [12] soll es gelungen sein, den vieldeutigen serologischen Nachweis in eine einfache chemische Probe zu verwandeln. Daß den Keimdrüsen eine hohe Bedeutung in der Pathologie seelischer Konflikte und geistiger Störungen zukommt, scheint aber klar zu sein.

Unter 37 Fällen der Dementia praecox [15], von denen über die ersten Anfänge der Psychose verwertbare Angaben vorlagen, befanden sich 28 Patienten, die zwischen dem 12. und dem 23. Lebensjahr erkrankt waren. Die Hälfte von ihnen (15 : 28) war vor dem vollendeten 18. Lebensjahre schon krank und geistesgestört gewesen. Von 71 manisch-depressiven Kranken [16] erkrankten in der Zeit vom 14. bis 25. Lebensjahre 38. Auch die große Menge der Epileptiker erkrankt während der Entwicklungsjahre. Anderseits zeigen die klimakterischen Jahre wieder ein Ansteigen der Erkrankungsziffer.

All diese Hormone und Antihormone scheinen keineswegs nur durch synthetische Vorgänge im Organismus zu entstehen, sondern sie werden vielfach als Abbau- und Nebenprodukte des Organstoffwechsels angesehen.

Vielleicht haben wir in der gestörten Tätigkeit der Organe mit innerer Sekretion und ihren engen Beziehungen untereinander ein zweites umfangreiches Quellgebiet zu sehen,

aus dem Stoffe eiweißähnlicher Natur in den Kreislauf gelangen, die das Hirn und mit ihm das seelische Leben zu beeinträchtigen vermögen.

Haben wir bei den Eiweißspaltgiften es bisher mit ungeformten Mikroorganismen zu tun gehabt, so eröffnen die Arbeiten über die Schlafkrankheit und die Studien *Jahnels*[17] über die progressive Paralyse den Ausblick auf ein drittes Eiweißspaltgift, das geformter Art und vorwiegend rein entzündlicher Natur ist.

Auf Grund der *Jahnel*schen Untersuchung betont *Raecke*[18], daß in den paralytischen Hirnen ein lokal entzündlicher Prozeß in breitester Aussaat vorliege. Wo die Syphiliserreger am dichtesten lägen, fänden sich auch die stärksten Veränderungen. Wieder sind es vornehmlich die kleinen und mittelgroßen, aber auch die großen Pyramiden mit ihrem nervösen Flechtwerk, viel weniger die zellarme Molekularschicht und das Marklager, wo die Spirochäte in ganzen Schwärmen und Zügen angetroffen wird.

Es sind keine sogenannten metaluischen Vorgänge mehr, sondern es ist das Eindringen eines furchtbaren Entzündungserregers, der die Gefäßscheide durchbricht, in das Hirn. *Lubarsch*[19] erklärt die Entzündungen als „diejenigen Lokalreaktionen der Gewebe und Zellen, die auf eindringende Schädlichkeiten erfolgen und ihrer Abwehr, Zerstörung und Beiseiteschaffung dienen". Wir haben in den Gewebsveränderungen der nervösen Zellen und Fasern den alterativen, in der Auswanderung der Lymphozyten und Plasmazellen den exsudativen und in der Neubildung der Gefäße wie in der Vermehrung der Glia den proliferativen Einschlag der entzündlichen Trias vor uns.

Auch bei der Wutkrankheit[20], die mit Charakterveränderungen und anscheinend auch mit Verfolgungsvorstellungen einhergeht, kommt es zu Zellansammlungen um die kleinen Gefäße und zu einem weit in das Gewebe hinein wuchernden Eindringen zahlreicher Plasmazellen. Hier ist es die Menge der Plasmazellen und ihr Eindringen in die Tiefe des Gewebes, das die Unterscheidung gegen die Paralyse von vornherein ermöglicht.

Für die Schlafkrankheit liegen namentlich von *Spielmeyer*[21] Untersuchungen vor, die gleichfalls auf den Reichtum peri-



vaskulärer Plasmazellen und auf ihr Eindringen in das Gewebe hinweisen.

Mindestens aus 3—4 Quellgebieten kommen die aufgespaltenen Eiweißstoffe, die wir als Blut- und Hirngifte ansprechen, hervor.

I. Mikroorganismen von Antikörper-Ambozeptoren-Eigenschaften. Zu diesen Mikroorganismen würde man

1. die histologisch ziemlich gut gekennzeichneten zelligen Abbau- und Umbauprodukte des Hirns und

2. vielleicht auch die Abbau- und Umbauprodukte einiger Innersekretionsorgane zu rechnen haben.

Daß körpereigene Zerfallstoffe Bewußtsein und Auffassung zu trüben vermögen, lehrt uns eindringlich immer wieder das große Glücksgefühl mancher hoffnungslos gewordenen Tuberkulose, das Auftreten von Verwirrtheitszuständen nach Infektionskrankheiten und die leichten und flüchtigen Sinnestäuschungen bei zehrenden Krankheiten und nach Blutverlusten.

Die ganze Gruppe von nicht genügend aufgespaltenen Eiweißstoffen müßte, um die Großhirnzellen schädigen zu können, diffusionsfähig sein. Doch haben durchläßliche Eiweißstoffe wohl meist ihren Giftcharakter verloren, wie denn Aminosäuren und Polypeptide außerstande sind, einen aphylaktischen Zusammenbruch hervorzurufen. Vielleicht sind die leicht verletzbaren und irgendwie — etwa durch den Erbgang — schon geschädigten nervösen Zellen auch für die tieferen Abbaustufen der blutfremden Eiweißmischungen empfänglich, oder die Zellmembran ist durchlässiger geworden. Nehmen wir ferner an — und die häufige Zyanose unserer Kranken, die Zyanose der epileptischen und paralytischen Anfälle läßt diese Annahme immerhin zu —, daß durch eine beschränktere Sauerstoffzufuhr und durch eine veränderte Gasspannung im Gewebe der Abbau der Eiweißstoffe verlangsamt wird, so könnten immer noch genügend wirksame Produkte des Um- und Abbaus in die Zirkulation gelangen und sich an den nervösen Zellen verankern.

II. kämen die Sekrete der Organe mit innerer Sekretion in Betracht, wie wir sie bei der Tetanie und dem Myxödem anzunehmen und auch therapeutisch mit ihnen zu rechnen gewohnt sind.

III. lehrt uns das Studium der Paralyse und der Schlafkrank-



heit, daß wir es bei manchen Geisteskrankheiten mit echten parasitären Entzündungserregern zu tun haben.

Alles in allem genommen, sehen wir bei zahllosen Geisteskranken eine Anreicherung des Blutes mit einem blutfremden Eiweiß erfolgen. Man möchte sagen, daß der Organismus sich durch das Aufwerfen von Gefäßmänteln gegen das Eindringen der Vergiftung zu sichern sucht. Solche Einscheidungen um die Gefäße sehen wir vornehmlich bei der Paralyse und der Schlafkrankheit auftreten. Sie fehlen aber auch bei der Dementia praecox nicht. Bei der Dementia praecox geraten die Gefäßwandzellen gleichfalls in Wucherung, so daß Zellkränze und Zellmäntel entstehen, die jedoch nicht entzündlicher Herkunft sind. Die geschwollenen Gefäßwandzellen sind mitunter ganz mit Abbaukörperchen vollgestopft.

Der kranke und — wie aus dem Verhalten wichtiger Organe seiner inneren Sekretion hervorzugehen scheint — auch in seiner Selbstregulierung gestörte Organismus vermag nicht mehr in ausreichendem Maße der blutfremden Eiweißabkömmlinge Herr zu werden, so daß wir eine serologische, chemische und histologische Abänderung des Blutbildes vorfinden.

Wie dauernd nicht genügend aufgespaltene Eiweißtrümmer im Blute kreisen und vielleicht so zum Chronischwerden so vieler Psychosen mit beitragen, so muß auch ein gewisser Überschuß, gewissermaßen ein ständiges Guthaben von eiweißschonenden Kräften, ein sogenannter antitryptischer Index, im Blutserum vorhanden sein. Es zeigen denn auch häufig paralytische Sera und die Sera der Dementia praecox-Gruppe wie auch der Epileptiker vor den Anfällen eine auffallende Verstärkung ihrer antitryptischen Kräfte, die über die Norm weit hinausgehen kann.

Arbeiten über den antitryptischen Index bei Geisteskranken liegen unter anderen von *Pfeiffer* und *de Crinis*[22], *Rosental*[23] und *Zimmermann*[24] vor. Da jeder stärkere Eiweißzerfall den antitryptischen Nenner beeinflußt, beobachten wir ein Anwachsen der eiweißschonenden Kräfte auch bei geistig und körperlich Gesunden wie auch bei körperlich Kranken: so z. B. bei schwerer Lungentuberkulose, krebsartigen Gewächsen, beim apoplektischen Insult, bei der kruppösen Pneumonie, beim Basedow, aber auch



bei körperlich gesunden Frauen und Mädchen zur Zeit ihres Unwohlseins und während der Schwangerschaft. Bei Tieren ist gleichfalls, so von *Rusnyack* im anaphylaktischen Schock beim Meerschweinchen, eine starke Erhöhung des antitryptischen Serumtiters beobachtet und, wie es bei allem Neuen und noch nicht Geklärten zu geschehen pflegt, wieder, so von *Salzmann*, bestritten worden.

Es zeigt ferner sich die Ausfällung von der Nahrungsaufnahme und der körperlichen Leistung abhängig. Dadurch, daß man frühmorgens nüchtern und bei körperlich nicht schwerkranken Geistesgestörten untersucht, kann man wenigstens die groben Fehlerquellen vermeiden. Leider weisen gerade die 3 Gruppen von Geisteskrankheiten (Dementia praecox, Epilepsie und Paralyse) so häufig chronische und kachektische Leiden auf, daß selbst bei einem starken Ausfall immer noch eine gewisse Vorsicht geboten ist, wollte man die Anreicherung ihrer Sera allein auf den Zerfall nervöser Gewebe beziehen.

Epileptiker zeigen namentlich vor den Anfällen eine Erhöhung ihres antitryptischen Nenners, der aber nach langen und schweren Anfällen während eines Status epilepticus — freilich schon durch die rein muskuläre Arbeitsleistung — noch anwachsen kann. Gerade in dieser gebotenen Vorsicht, weil auch andere Prozesse mit Eiweißzerfall erhöhte Hemmungen zeigen, liegt, wie *Freund* und *Brahm*[25] bemerken, eher ein Vorteil als ein Nachteil.

In zahlreichen dieser mit Eiweißspaltgiften überladenen Körper nimmt, wie überall dort, wo Kohlensäure durch Zerfallprodukte von Eiweiß verdrängt wird, die Alkalität[24], die an sich schon in erheblichem Ausmaß schwanken kann, ab. Im Blute beruht die Alkaleszenz auf der Menge von kohlensaurem und doppelt kohlensaurem Natron. Sie ist von der Ernährungsweise abhängig und verläuft wie Puls und Temperatur in der Form einer Kurve. *Orlowski*[26] hat darauf aufmerksam gemacht, daß bei Urämischen und im Coma diabeticum eine starke Abnahme der Alkaleszenz namentlich gegen das Ende zu eintritt, so daß sie auf 40—50% der Norm sinken könne.

„Gifte gelangen bei jeder Resorption in das Blut." Aber besonders sind es, wie *Askanazy*[27] hervorhebt, die hämolytisch wirksamen, die die Menge des titrierbaren Alkalis im Blut verringern. Gemeinsam mit solchen Blutgiften übt auf die Alkaleszenz



die Zahl und Widerstandsfähigkeit der roten Blutkörperchen eine entscheidende Rolle aus. So sehen wir bei schweren Anämien wie bei bereits hinfällig gewordenen Krebskranken, bei Paralytikern und Epileptikern[28] eine Abnahme der Alkaleszenz erfolgen.

Von Interesse ist auch die Tatsache, daß mit sinkender Alkaleszenz auch die eosinophilen Zellen aus dem Blutbild zu verschwinden beginnen.

Beträgt die Menge des titrierbaren Alkalis in einem Liter bei Geistesgesunden 4,5 mgr, so wurde sie bei Paralytikern auf 3,9 und bei Epileptikern auf 3 berechnet.

Bei der gänzlich veränderten Gasspannung der nach schweren Anfällen blaß-zyanotisch daliegenden Kranken spalten im Blute sich leicht die Globulin-Alkaliverbindungen voneinander ab, und da „die Azidität der Kohlensäure nur eine sehr schwache ist, so können gerade“ die mit starken Basen gebildeten sekundären Salze, die Karbonate, die Alkaleszenz des Blutes nach einem Status epilepticus oder paralyticus erhöhen. Auf der Bildung solcher Karbonate beruht wohl auch die etwas über die Norm hinausgehende Alkaleszenz der meisten Katatoniker mit ihren blaß-blau angelaufenen Gliedern, der oberflächlichen Atmung und den niedrigen Körpertemperaturen. Mit der vermehrten Alkaleszenz der meisten Katatoniker hängt vielleicht auch die von *Schmidt*[30] gefundene, von *Severin*[29] bestrittene Adrenalin-Unempfindlichkeit der Dementia praecox zusammen. Ist doch die Zerstörung[14] des in das Blut gelangten Adrenalins von dessen Alkaligehalt abhängig.

Die in den Kreislauf abfließenden Gifte ändern nicht nur das serologische und chemische, sondern auch das zellige Blutbild ab. In dieser Hinsicht haben in den letzten Jahren namentlich die sogenannten weißen Blutkörperchen das vermehrte Interesse der Irrenärzte erregt.

Die Menge der weißen Blutkörperchen beläuft sich auf etwa 8000 Zellen in einem Kubikmillimeter, unterliegt aber vielfachen natürlichen Schwankungen. Ziemlich allgemein werden 7—9000 als ihre Normalzahl angegeben.

Bei manchen Geisteskrankheiten kommt es zu einer Vermehrung, aber auch zu einer Verminderung ihrer Gesamtmenge. Die Abweichungen von der Normalzahl und die Verschiebung der einzel-



nen Zellformen untereinander, ihre prozentuale Zusammensetzung, erscheint zwar nicht so gesetzmäßig, daß man die Wandelung des Blutbildes wie etwa die Leukozytose bei manchen körperlichen Erkrankungen geradezu als „Testobjekt für die Giftwirkung“[27] wird ansehen können, aber das Blutbild kann sich mit einer Regelmäßigkeit ändern und verschieben, daß man es nicht gut außer acht lassen kann. **Das Blutbild weist bei manchen Geisteskrankheiten auf eine Giftwirkung mancher Organe der inneren Sekretion und auf die Ausschüttung körpereigener, aber blutfremder Zerfallstoffe hin.**

Über manche Einzelheiten herrschen sehr verschiedene Ansichten, und vor allem widersprechen sich auch die Befunde oder zeigen doch solche Schwankungen, daß manche Ergebnisse einfach nur aufgezeichnet, aber nicht verarbeitet werden können. Versuchen wir aus den zum Teil sich widersprechenden, zum Teil sich ergänzenden Angaben gewisse Richtlinien zu gewinnen, so stoßen wir schon von vornherein auf mehr oder weniger belangreiche Schwierigkeiten, die freilich zum Teil sich vermeiden ließen. So hat ein Teil der Untersucher nicht angegeben, ob unter seinen Kranken körperlich Leidende, etwa Basedow-Fälle oder fieberhafte Tuberkulosen sich befanden; wann die Blutentnahme, ob nüchtern oder nach der Mahlzeit geschah, ob die Kranken aus dem Dauerbad oder aus der Freiluftbehandlung kamen; ob sie unter dem Einfluß von Medikamenten standen, ob sie sich gegen die Blutentnahme sträubten, gehemmt oder erregt waren: alles Umstände, die mehr oder weniger imstande sind oder doch imstande sein sollen, das Blutbild zu verändern.

Es sei aber bemerkt, daß von *Itten*[31] und *Jödicke*[32] die Erregungsleukozytose muskulären Ursprungs, wie sie *Arneth*[33] für den epileptischen Anfall und für den Wundstarrkrampf angenommen hat, in anscheinend berechtigte Zweifel gezogen wird.

Aus der anwachsenden Literatur über das Blutbild lassen sich **gewisse**, einem jeden Untersucher aufgefallene **Besonderheiten** feststellen, die **zwar nicht pathognomisch** für diese oder jene Geistesstörung sind, die aber deutlich auf einen Zusammenhang zwischen den Psychosen und der inneren Sekretion hinweisen und so die Geisteskrankheiten aus dem Rahmen der rein psychologischen Betrachtung herausheben.

Neuere Arbeiten über die weißen Blutzellen bei Geisteskrankheiten liegen unter vielen andern, meist ausländischen Aufsätzen vor von *Schultz*[34, 35], *H. di Gaspero*[36], *Itten*[31], *Müller*[38], *Rohde*[37], *Kuhn*, *Gorrieri*[30],



Heilemann[39], *Lundvall*[40], *Pförtner*[41], *Kahlmeter*[42], *v. Hoeßlin*[43], *Krüger*[44], *Jähnke*[45], *Zimmermann*[46-48] und *Riebes*[49].

Alle Untersucher sind über eine häufig vorkommende Vermehrung der weißen Blutzellen bei der Dementia praecox sich einig, deren Anwachsen auch so ziemlich einheitlich von 7—9000 Zellen auf 10—20000 in einem Kubikmillimeter angegeben wird.

Eine Vermehrung und ein Aufschlag um das Zwei- bis Dreifache, also um einen Wertzuwachs von 200—300 %, wird man nicht als unerheblich ansehen können. Wenn man trotzdem und auch mit Recht nur von einer mäßigen Leukozytose bei der Dementia praecox spricht, so liegt es daran, daß wir durch die eigentlichen Blutkrankheiten, die Leukämien an ganz andere Zahlen gewöhnt sind.

Neben der Vermehrung kommt es aber auch zu einer Abnahme der weißen Blutkörperchen, deren Normalzahl von 7—9000 auf 3—4000 Zellen in einem Kubikmillimeter sinken kann, wie denn solche niedrigen Leukozytenzahlen[51] auch bei körperlich und geistig Gesunden vorkommen.

Auch in den gesunden Vergleichslisten mancher Autoren[38] finden sich ähnliche niedrige Zahlenangaben.

Alles in allem wird man doch sagen können, daß bei der Dementia praecox die normale Gesamtzahl der weißen Blutkörperchen eher als Ausnahme angetroffen wird.

Auffallend sind die Schwankungen, der häufig ganz unvermittelte Wechsel von einer hohen zu einer niedrigen Gesamtzahl der weißen Blutzellen, ohne daß dieser plötzliche Kurssturz immer seinen Ausdruck in dem klinischen Verhalten der Kranken fände.

Man hat aus dieser Hausse und Baisse prognostische Schlüsse ziehen wollen. Vor allem ist es *Lundvall*[40] gewesen, der von Blutkrisen bei ausgesprochenem periodischen Verlauf, bei der Katatonie in Schüben gesprochen hat. Auch *Schultz*[35] betont, daß in Fällen mit ausgesprochenen klinischen Schwankungen auch das Blutbild sich des öfteren ändert. *Itten*[31] hebt gleichfalls hervor, daß je älter und aussichtsloser die Fälle würden, desto geringfügiger die Schwankungen in der Gesamtmenge der weißen Blutkörperchen würden. Unter den Befunden von *Zimmermann*[46] mit der Normalzahl um 8000 herum waren ²/₃ völlig aussichtslose Fälle. Meist wird man nicht erst so und so viele Male die



Blutkörperchen durchzuzählen brauchen, sondern den so häufig ungünstigen Ausgang der schweren Krankheit aus dem bisherigen Verlauf schließen können.

Unter den weißen Blutkörperchen überwiegen der Zahl nach auch bei der Dementia praecox so ziemlich immer die neutrophilen polymorphkernigen Leukozyten, kurz die Neutrophilen genannt.

Man tut gut, mit dem Ausdruck Leukozytose immer nur die vermehrte Gesamtmenge der weißen Blutzellen zu bezeichnen.

Wohl sämtlichen Untersuchern sind jedoch Zählungen aufgefallen, in denen die kleinen Lymphozyten auch absolut überwogen.

In der weit überwiegenden Mehrzahl aller Blutzellbilder fanden wohl sämtliche Untersucher eine starke Abnahme der Neutrophilen und eine Zunahme der Lymphozyten, die weit über ihren physiologischen Anteil hinausgeht. Diese relative Lymphozytose gibt der Dementia praecox einen allwegs charakteristischen Einschlag. Sie kommt aber auch bei vielen anderen Krankheiten vor. Bei den chronisch gewordenen Fällen der Praecox wird sie, auch unter Berücksichtigung der großen physiologischen Breite, kaum je vermißt. Es hat immer mehr den Anschein gewonnen, als ob diese relative Lymphozytose auf eine Toxikämie glandulären Ursprungs hinwiese, wie denn ein über die Norm hinausgehendes Anwachsen der Lymphozyten beim Myxödem, Basedow, Diabetes, dem Status thymolymphaticus, der Akromegalie, bei Kranken mit Schilddrüsenaffektionen und, worauf *v. Hoeßlin*[43] hingewiesen hat, bei Asthenikern und Neuropathen, wenn auch nicht regelmäßig, so doch recht häufig sich findet.

Physiologisch machen die Lymphozyten etwa 15—25% der Gesamtmenge der weißen Blutzellen aus. Bei der Dementia praecox finden sie sich meist zu 30—40% oder sie liegen doch an der physiologischen Höchstgrenze. Namentlich bei alten verblödeten Fällen ist ihr prozentualer Anteil recht hoch, so daß man auch wieder geglaubt hat, die ständig hohe Lymphozytose auch prognostisch verwerten zu können. Ob dies richtig ist, mag dahingestellt sein. Bei Kropfträgern bleibt eine vorhandene Lymphozytose auch nach der Entkropfung meist bestehen, während beim



Basedow die Lymphozytose häufig mit der Schwere der Erkrankung Hand in Hand geht. Bei dem nicht seltenen Zusammentreffen von Basedow und Praecox läßt sich — zumal spezielle Arbeiten darüber nicht vorliegen — schwer sagen, ob die Besserung der Psychose oder des Basedow den „prognostisch günstigen" Einschlag bedingte.

Über die Beteiligung der basophilen Leukozyten bei der Dementia praecox ist es sehr schwer, auch nur zu einem einigermaßen gesicherten Ergebnis zu kommen: wird doch ein ganz geringes Mehr, das leicht in die Fehlergrenze geraten kann, von manchen Hämatologen schon als pathologisch angesehen.

Anders liegen dagegen die Verhältnisse bei den Eosinophilen. Eine Vermehrung oder eine Verringerung dieser Zellen, die über ihren gewöhnlichen Anteil von 3—5% an der Gesamtmenge der weißen Blutkörperchen hinausgeht, so daß man ein Mehr von 6% und ein Weniger von 2% als von der Norm abweichend bezeichnet, findet sich mehr oder weniger häufig. Doch schwanken auch die Angaben der Untersucher über die Häufigkeit der Eosinophilie oder Eosinopenie wieder in weiten Grenzen.

Kuhn, Zimmermann[48] und *Krüger*[44] neigen dazu, für $^2/_3$ der Fälle, wie sie sich in den großen Anstalten ansammeln, eine Vermehrung dieser azidophilen polymorphkernigen Leukozyten anzunehmen. *Itten*[31], dem anscheinend wesentlich frischere Fälle zu untersuchen Gelegenheit geboten war, nimmt für etwa $^1/_5$ seines Krankenmaterials eine Verminderung der Eosinophilen an. *Pförtner*[41] schätzt die Eosinophilie bei der Dementia praecox eher noch etwas geringer ein. *Schultz*[34-35] sah sie bei alten Stuporfällen fast immer vermindert. Bei langjährigen Kranken mit leidlich geordnetem Verhalten fand er die Eosinophilen bald in physiologischen Grenzen, bald unter der Norm; und bei ganz blödsinnig gewordenen Kranken sah er sie so ziemlich aus dem Blutbilde verschwinden.

Als letzte Zellform kommen noch die großen mononukleären Lymphozyten und die sog. Übergangformen in Betracht, die wir bei der Dementia praecox, sowohl im frischen Stupor als auch bei alten Fällen, ungemein häufig vermehrt finden.

Schultz sah sie mehr oder weniger über 5% der Norm hin-

aus vermehrt. In der *Itten*schen Tabelle von 60 Kranken findet sich an 40—50 Male, also in 80—90%, eine Vermehrung (über $5^1/_2$%) vermerkt. Ähnliche Zahlen (80—90% Vermehrung) werden auch von *Zimmermann* angegeben.

Von Bedeutung sind vor allem Serienuntersuchungen, die die große und schnelle Wandlungsfähigkeit des Blutbildes ersehen lassen. Alles in allem genommen, wird man sagen müssen, daß bei der Dementia praecox in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine Anreicherung des Blutes mit kleinen und großen mononukleären Lymphozyten stattfindet.

Eine gewisse Ergänzung zu dem Verhalten der weißen Blutzellen gibt das Blutbild der Epileptiker.

Aber gerade bei der Epilepsie müssen wir uns bewußt bleiben, daß der epileptische Anfall und die Epilepsie nichts anderes als ein Symtomenkomplex ganz verschiedener Krankheiten und Krankheitszustände sein kann. In den letzten Jahren hat man mit immer mehr Erfolg begonnen, das Krankheitsbild der Epilepsie aufzulösen, wie man es auch mit der Idiotie getan hat.

Aus den über die Epilepsie vorliegenden Arbeiten geht mit ziemlicher Einstimmigkeit hervor, daß in den anfallfreien Zeiten, also in Zeiten von 3—4 Tagen, in denen kein Anfall erfolgt, das Blutbild vieler Epileptiker keine auffallenden Abweichungen von der Norm aufweist.

Dennoch fällt des öfteren bei Serienuntersuchungen die Veränderlichkeit der Blutbilder auf, für die *Müller*[38] zum Teil die epileptischen Äquivalente, zum Teil auch das Übersehen des petit mal verantwortlich macht. *Itten* sah bei alten, sehr chronischen und stark verblödeten Kranken fast durchgängig eine mäßige Vermehrung der Gesamtmenge der weißen Blutkörperchen auf etwa 12000 und bei jüngeren Fällen mit zahlreichen Anfällen auf rund 14000 Zellen im Kubikmillimeter. *Schultz* findet die Erklärung darin, daß alte Fälle eben dauernd unter dem Einfluß ihrer Krämpfe ständen. Bemerkenswert scheint auch die Tatsache, daß neben unzweifelhaft vorkommenden Leukopenien meist die Gesamtmenge der Zellen an der oberen Grenze liegt.

Ist auch die Gesamtmenge der weißen Blutkörperchen in guten Zeiten vorwiegend als normal zu bezeichnen, so findet doch



eine Verschiebung der Zellarten untereinander statt. Es handelt sich wie bei der Dementia praecox meist um ein Anwachsen der Lymphozyten und großen Mononukleären auf Kosten der Neutrophilen. Vor allem hat *Müller* auf sehr hohe Prozentzahlen der großen Mononukleären hingewiesen, so daß ein Vergleich mit der Mononukleose spasmophiler Kinder sich geradezu aufdrängt.

Auch über die dem Anfall vorausgehende stärkere Vermehrung der Gesamtmenge herrschen kaum Zweifel, an der im wesentlichen die Lymphozyten beteiligt erscheinen. Nach den Untersuchungen *Ittens* kann es mitunter zu einer völligen Umkehr des Blutbildes kommen, sodaß die Zahl der Lymphozyten die Masse der Neutrophilen übersteigen kann. Bis auf *Riebes*[49] sind wohl sämtliche Untersucher einig, daß es meist die Lymphozyten sind, die vor dem Anfall an Zahl zunehmen. *Riebes* weist nachdrücklich auf die prozentuale Anreicherung der Blutbilder mit neutrophilen und großen mononukleären Blutzellen hin. Über das Verhalten der Eosinophilen vor dem Anfall herrscht keine Übereinstimmung.

Im Anfall selbst bleibt die Gesamtzahl der weißen Blutkörperchen hoch oder noch hoch. Sie wird durch eine ausgesprochene relative wie absolute Vermehrung der Lymphozyten bedingt.

Über die Lymphozytose im epileptischen Anfall herrschen keine Meinungsverschiedenheiten, und in verschiedenen Untersuchungen wird betont, daß die Vermehrung im hysterischen oder paralytischen Anfall keine lymphozytäre, sondern eine neutrophile sei. Auch über das Sinken und Verschwinden der Eosinophilen herrscht weitgehende Übereinstimmung. *Müller* fand im Anfall eine Vermehrung der großen mononukleären und Übergangszellen und des öfteren in einer solchen Menge, wie sie kaum je zur Beobachtung gelangt ist.

Nach dem Anfall oder den Anfällen kehrt das Blutbild bald wieder zur Norm zurück.

Itten macht die feine Bemerkung, daß unter Umständen das Hochbleiben der Lymphozyten und Fortbestehen der Gesamtvermehrung als „ein recht zuverlässiges Kennzeichen für weitere Anfälle" bewertet werden können. Nach schweren Anfällen verschwinden beim Epileptiker wie beim Paralytiker die Eosinophilen aus dem Blutbild und treten erst, wenn der Kranke sich erholt, wieder auf.

Es zeigt das Blutbild vieler Epileptiker schon beim



Herannahen eines Anfalles oder eines gleichwertigen Verwirrtheitszustandes eine Vermehrung der kleinen mononukleären Lymphozyten und die Neigung zum Verschwinden der Eosinophilen.

Fragen wir nun, inwieweit dieses vorwiegend lymphozytäre Blutbild als der Ausdruck einer Vergiftung gedeutet werden könnte, und wie unter Umständen diese angenommene Vergiftung sich äußert, so müssen wir uns zuerst einig sein, daß die epileptische und schizophrene Lymphozytose weder eine Erstickungs- noch eine Konvulsionslymphozytose ist.

Wie *Schultz* hervorhebt, geht die Lymphozytose dem Anfall voraus, findet sich bei epileptischen Äquivalenten und bei der Dementia praecox. Eine vorwiegend muskuläre Vermehrung der weißen Blutkörperchen, wie sie beim Delirium tremens, bei der Eklampsie und bei der Urämie eintritt, worüber von *Gorrieri*[50] und von *Jappert*[52] Arbeiten vorliegen, ist nicht lymphozytärer, sondern neutrophiler Natur. Bei den kräftigen und andauernden Muskelbewegungen des hysterischen Anfalles werden wie auch beim paralytischen und epileptischen Status sowohl Lymphozyten als auch Neutrophile in die Blutbahn gepumpt. Für den Anfall kommt ein muskulärer und respiratorischer Einschlag entschieden in Betracht, wie denn ja auch *Riebes* die Bemerkung über eine neutrophile Leukozytose bei Epileptikern gemacht hat. Die neuesten Befunde *Jahnels*[17] legen für den paralytischen Anfall noch ein toxisches oder vielmehr chemotaktisches Zustandekommen der neutrophilen Vermehrung nahe.

Nicht mit einer Erstickungs- oder Konvulsionsleukozytose haben wir es zu tun, sondern vermutlich mit einer noch nicht auffindbaren Störung im Betriebe des autonomen Nervensystems, das nicht genügend Widerstände und Hemmungen einzuschalten vermochte und nun wie aus einer undicht gewordenen Schleuse Giftstoffe ausfließen läßt, die an die Hirnrinde gelangen müssen. Es ist wohl möglich, daß wir für diese oder jene Psychose den ersten und wesentlichen, den primären Krankheitsbeginn nicht in der Hirnrinde zu suchen haben.

So können auch im Verlaufe mancher Infektionskrankheiten des Magendarmkanals (Typhus) und der Lunge (Potatoren-Pneumonie) wie



auch beim Gelenkrheumatismus vorübergehend Geistesstörungen als Folge einer rein körperlichen Erkrankung auftreten. Nicht auf der Höhe der Erkrankung tritt meist die psychische Störung auf, sondern eher beim Abflauen des Fiebers mischen sich in die Genesung manchmal Zustände wahnhafter Verwirrtheit. Nicht nur die hektische Lungentuberkulose mit ihren steilen Kurven und erschöpfenden Nachtschweißen kann im Fieberdelirium das Bewußtsein täuschen und die Einsicht in die Schwere der Erkrankung beeinflussen, sondern schon der schwere, aber fieberlose Verlauf bei immer kleiner werdender Atmungsfläche zaubert so ein gehobenes Glücksgefühl herauf, daß der Patient, dessen Leben kaum noch nach *Wochen* zählt, sich für „höchstens halbkrank" ansieht.

Für einen Zusammenhang zwischen Organen mit innerer Sekretion spricht auch die lymphozytäre und mononukleäre Anreicherung des Blutzellbildes. So findet sich beim Basedow und bei der Dementia praecox die häufige Vermehrung der weißen Blutkörperchen mit prozentualer starker Vermehrung der kleinen und großen mononukleären Lymphozyten und mitunter auch der Eosinophilen, wie denn auch die Zunahme der weißen Blutkörperchen bei thyreopriven Hunden[14] durch ihren Reichtum an mononukleären und eosinophilen Zellen gekennzeichnet ist. Die Addisonsche Krankheit, die Akromegalie und das Myxödem sind gleichfalls durch eine Vermehrung der Lymphozyten ausgezeichnet. Bei der Akromegalie findet sich auch eine Zunahme der Eosinophilen, während nach Einspritzung von Hypophysenextrakt[52] eine Vermehrung der großen Mononukleären und ein Verschwinden der Eosinophilen beobachtet wird.

Eine Vermehrung der Lymphozyten, Mononukleären und Eosinophilen findet sich bei einer ganzen Reihe von anders gearteten Krankheiten, so daß wir auf die Wertigkeit dieser Zellen und auf sie als Ausdruck einer Vergiftung noch näher eingehen müssen.

Naegeli[53] bemerkt über die Vermehrung der Lymphozyten, daß sie immer dann aufträte, „wenn unter dem Einfluß toxischer Stoffe anfänglich eine Verminderung stattgefunden hat und die Erholung und Neubildung über das Ziel hinausgeht". *Grawitz*[52] sieht in ihnen eine entwickelungsfähige Reserve, welche dazu berufen ist, „im Bedarfsfalle durch Umwandelung in höher differenzierte Formen die vielseitige Funktion dieser letzten zu übernehmen". Da *Schridde* die schon von *Ranvier* beobachtete Bewegungsfähig-



keit der Lymphozyten und ihre Auswanderung aus der Gefäßwand hervorhebt, vermöchten die Lymphozyten auch bei Psychosen, wenn die Menge der Neutrophilen nicht mehr ausreicht, als Ersatzreserve gegen toxische Stoffe anzutreten.

Die von *Zimmermann* betonte häufige Leukopenie bei der Praecox, die Lymphozytose vor den epileptischen Anfällen und das Einmanteln der Gefäße bei der Paralyse fände so eine Erklärung, wie wenn der Organismus nicht mehr imstande sei, die Umwandelung der Lymphozyten in vollkommenere Formen mit vielseitigeren Aufgaben in genügender Menge zu ermöglichen.

Haben wir — was ja nur eine Annahme ist — in der Vermehrung der Lymphozyten tatsächlich die Bereitschaftstellung eines behelfsmäßigen Giftschutzes zu sehen, so ordnet sich die häufige Vermehrung der großen Mononukleären und Übergangszellen als „ein unvollkommener Versuch automatischer Selbstentgiftung", wie sich *Riebes* ausgedrückt hat, gleichfalls in diese Anschauung ein.

Aus dem Verhalten der Eosinophilen bei der Dementia praecox, wie aus ihrem Verschwinden nach paralytischen oder schweren epileptischen Anfällen und ihrem Wiederauftreten, wenn die Kranken sich wieder zu erholen beginnen, schloß *Zimmermann*[48] nach den Untersuchungen *Naegelis*[53], *Schridde* und *Ströbels*[54] und *Schlechts*[55] auf Einschwemmen blutfremder Eiweißabbaustoffe, die imstande wären, einen anaphylaktischen Schock in der Form eines Anfalles auszulösen, mögen es nun arteigene oder, wie bei der Paralyse, auch artfremde sein.

Die blutfremden Abbaustufen der verblödeten Hirnrinde können vielleicht unter Umständen als „Anaphylaktoxin" wirksam werden. Wenigstens sehen wir bei anaphylaktischen Tieren eine Abnahme der weißen Blutkörperchen, vor allem der Neutrophilen und Eosinophilen sowie eine relative Zunahme der Lymphozyten. Es fragt sich ja, wie weit die Annahme, daß die Lymphozytose die Bereitschaftstellung einer Ersatzreserve ist, als berechtigt gelten kann.

„Ist jetzt nicht alles im Flusse? Sind nicht alle Geländer und Stege ins Wasser gefallen?" so ähnlich fragt einmal Nietzsche. Dieses Wort gilt immer und heute mehr denn je für die Psych-



iatrie. Es braucht sich bei den Leukopenien psychischer Erkrankungen ja gar nicht um eine Vernichtung weißer Blutkörperchen, um eine Leukolyse zu handeln, und die Abnahme kann ja auch eine scheinbare sein. Sie beruht vielleicht auf dem negativen chemotaktischen Einfluß, den die anaphylaktische Schädigung auf die Neutrophilen und Eosinophilen ausübt, wodurch diese Blutelemente — wie beim epileptischen Anfall — für kurze Zeit in die Kapillaren hineingepreßt würden. Gegen eine Eiweißspaltvergiftung spräche aber diese Ansicht auch nicht, zumal auch das hochmolekulare Wittepepton eine Verminderung der weißen Blutkörperchen hervorruft.

Was sind denn überhaupt diese hämoglobinfreien, graugelblichen, ziemlich farblosen Gebilde, die wir immer noch als „weiße Blutkörperchen" bezeichnen? Blutzellen und Träger des Lebens wohl kaum. Sind es nur Sicherheitsstreifen, abräumende Zellen in dem großen Werden und Entwerden der Lebensvorgänge, welche nur die bequemere Straße des Blutweges benutzen, um schneller am Ort einer Schädigung erscheinen zu können? Vielleicht täten wir besser, wenn wir sie nicht mehr als farblose Blutzellen, sondern als farblose Zellen im Blute bezeichneten.

Als eine Vergiftung des Blutes mit arteigenem oder auch nicht arteigenem, sicher jedoch blutfremdem Eiweiß darf man — nach den grundlegenden Arbeiten von *Pfeiffer*[56] über den anaphylaktischen Shock — wohl zum Teil einzelne Erscheinungen (Krämpfe und Erregungszustände der Paralytiker, Epileptiker und Katatoniker) ansehen.

Zu der heute als einigermaßen gesichert geltenden Erscheinungswelt des anaphylaktischen Shocks rechnen die tonischen und klonischen Muskelzuckungen, ferner

der *Pfeiffer*sche Temperatursturz,

die *Biedl*sche Blutdrucksenkung,

die starre Lungenblähung und die gleichfalls von *Pfeiffer* hervorgehobene starke Giftigkeit der Krampfharne, die sog. Harntoxität.

Der Sachlage nach sind die Versuche meist Tierversuche, und wie viele Tierversuche sind sie, zumal die einzelnen Arten sich ganz verschieden verhalten, nicht ohne weiteres auf die menschliche Pathologie übertragbar. So tritt beim Kaninchen der anaphylaktische Temperatursturz nicht in der geradezu als klassisch geltenden Weise wie bei dem nahe verwandten



Meerschweinchen auf. Die Blutdrucksenkung prägt sich wiederum bei dem sonst anaphylaktisch wenig anfälligen Hunde am schärfsten aus.

Temperaturstürze, wie man sie als feinstes Ausmaß eines parenteralen Eiweißzerfalles ansieht, finden sich auch nach paralytischen und epileptischen Anfällen[57].

Unter dem Einfluß solcher Anfälle erhebt sich, namentlich wenn sie gehäuft auftreten, die Temperatur aus der gleichmäßig verlaufenden Kurvenlinie auf 38—39 % und stürzt plötzlich unter einem neuen Anfall oft um 10—12 Strich herab. Beruht das Fieber — wie *Krehl* und *Matthes* vermuteten — darauf, daß Eiweißabkömmlinge in die Zirkulation geraten, so kann man auch bei den schweren und bedrohlichen Krankheitsbildern des Status paralyticus und epilepticus von einem Inkubationsstadium sprechen. Am Ende des Inkubationsstadiums würden, worauf für die Infektionskrankheiten *Friedberger* aufmerksam gemacht hat, genügende Mengen von Mikroorganismen und Antikörpern zur Erzielung einer fiebererregenden Gabe von Anaphylaktoxin vorhanden sein. Der kritische Abfall, der Temperatursturz, wäre dann durch das Überwiegen von antianaphylaktischen Stoffen „hervorgerufen". Diese Mutmaßung findet auch darin eine Stütze, daß man mitunter einen noch rüstigen Paralytiker oder einen einigermaßen noch herzgesunden Epileptiker, der einen schweren Status gut überstanden hat, und dessen Temperatur während der nächsten 10—12 Tage der Norm entsprechend verlief, bei einem neuen, anscheinend gar nicht so schweren Anfall tot zusammenbrechen sieht: als wäre einem vorbehandelten Versuchstiere eine bedeutend geringere Giftmenge von neuem, diesmal aber während des „gefährlichen Zeitraumes", einverleibt worden.

Als zweites, freilich vieldeutbares Anzeichen einer Eiweißspaltvergiftung wird die Blutdrucksenkung betrachtet. Wie gesagt, gilt als klassisches Untersuchungstier allgemein der Hund. Ähnliche Verhältnisse — einer anfänglichen Blutdrucksteigerung folgt eine Blutdrucksenkung — bekommt man auch bei den Krampfanfällen der Epileptiker und Paralytiker zu sehen. Man trifft auch dann und wann auf eine bereits vor dem Anfalle bestehende, vielleicht ihn sogar einleitende Blutdruckerhöhung. Es ist schwer zu sagen, worauf diese Druckerhöhung beruht: ob



auf der motorischen Vielgeschäftigkeit, ob auf der nervösen Reizbarkeit und Verstimmung so mancher Epileptiker vor dem Anfall. Steigern doch die sogenannten sthenischen Affekte, die normalen Lust- und Unlustgefühle bei Geistig- und Körperlichgesunden schon den Blutdruck. *Rohde*[58] hat darauf hingewiesen, daß mit wachsender Stickstoffretention vor dem ersten Anfall eine starke Säurebildung im Blut erfolgen muß, wie denn auch die Menge titrierbaren Alkalis bei Epileptikern und Paralytikern geringer als in der Norm ist. So kann auch die Nierenreizung, wie sie sich aus dem ungemein häufigen Eiweißgehalt der Krampfharne und der Harngiftigkeit ergibt, den Blutdruck erhöhen.

Es ist ja alles gewissermaßen Neuland, und das ganze Gebiet bedarf noch emsiger Kleinarbeit wie vor allem der kritischen Sichtung. Man fühlt sich an ein Gewässer erinnert, das von der wechselnden Beschaffenheit des tragenden Grundes und dem wechselnden Spiel der Beleuchtung auch das wechselnde Gepräge erhält. So bieten auch die „anaphylaktischen" Symptome dem überschauenden Auge des Beobachters je nach seinem Standpunkt immer ein anderes Bild.

Gegen Ende eines schweren Anfalles, eines Status epilepticus oder eines Status paralyticus beobachtet man häufig ein Sinken des Blutdruckes. Es mag dies an einer Veränderung der Atmung und an dem Weiterwerden der Strombahn liegen, aber diese Erscheinungen können auch als Ausdruck eines Eiweißspaltgiftes angesehen werden.

Das Versuchstier für den anaphylaktischen, also durch Eiweißspaltgifte herbeigeführten Atemstillstand ist das Meerschweinchen. Bei ihm bahnt sich der tödliche Atemstillstand unter Erhöhung des Blutdruckes an. Bei dem nahe verwandten Kaninchen und bei der Katze sinkt dagegen, wenn es überhaupt zu tödlichen Atmungsstörungen kommt, der Blutdruck. Bei der weißen Maus und beim Hunde spielt die Veränderung der Atmung nur eine sehr nebensächliche Rolle. Auch hier sehen wir wieder, wie das gleiche Eiweißspaltgift selbst bei so nahe verwandten Tieren wie Maus, Kaninchen und Meerschweinchen sich ganz verschieden in seiner Wirkung ausweist.

Interessant ist es nun, daß gerade die Lungen anaphylaktischer Meerschweinchen einen Befund aufweisen, der an die Sektionsergebnisse epileptischer und paralytischer Lungen erinnert.

Zwischen dem Gewebsaufbau der menschlichen Lunge und der Lunge eines Meerschweinchens bestehen immerhin nennenswerte Unterschiede. Bei dem Meerschweinchen ist die Bronchialschleimhaut besonders dick und



stark gefaltet, so daß es leicht zu einem klappenartigen Verschluß und somit schon auf rein mechanischem Wege zu einer Lungenblähung, zu einem Volumen pulmonum auctum, kommen kann. So sinken beim anaphylaktisch eingegangenen Meerschweinchen die geblähten und blassen, scharfrandigen Lungen nicht zusammen, sondern überlagern das Herz. Zuweilen tritt auch eine fleckige oder auch über größere Lungenabschnitte ausgebreitete scharlachartige Verfärbung auf.

Bei Epileptikern und Paralytikern, doch auch bei Katatonikern finden wir nicht gerade selten, namentlich dann, wenn der Tod in Anschluß an heftige motorische Erregungszustände, vor allem nach einem Anfall erfolgte, diese blaß zyanotisch geblähten Lungen wieder, als ob es sich um einen anaphylaktischen Versuch oder um die Lunge eines Ertrunkenen gehandelt hätte. Sehr häufig ist bei Epileptikern und Paralytikern eine fleckige oder auch rötlich blasse Verfärbung der Lungen, die zurückgesunken im Brustkorb liegen.

Diese anaphylaktische Trias — Temperatursturz, Atemstillstand, Blutdrucksenkung — läßt sich auf Eiweißstoffreste, die eben als Gifte im Blute kreisen, zurückführen. In diesem Zusammenhange gewinnt auch das sehr häufige Vorkommen von Eiweiß im Urin der Kranken nach Anfällen wieder an Bedeutung, auf das in den letzten Jahren vor allen *Allers*[59] hingewiesen hat, der für den Eiweißgehalt solcher Harne eine Säurequellung der Nieren annimmt. Es sei aber auch auf die häufigen Herzfehler der Epileptiker und die körperliche Hinfälligkeit der Paralytiker hingewiesen, so daß schon die muskuläre Leistung eines Anfalles zur Eiweißausscheidung führen kann.

Als Ausdruck versagender Nierentätigkeit darf auch die durch den gesteigerten parenteralen Eiweißzerfall bewirkte starke Giftigkeit des Harns aufgefaßt werden.

Überall, wo es zu einem starken parenteralen Eiweißzerfall kommt, so bei fieberhaften Erkrankungen, finden wir eine Erhöhung der Harngiftigkeit. In Anschluß an die bahnbrechenden Untersuchungen über den Verbrühungstod haben *Pfeiffer* und *Albrecht*[60] auch die Harne von Geisteskranken biologisch geprüft. Die ziemlich wechselnde Harngiftigkeit, die im Sinne der *Pfeiffer*schen Temperaturbestimmung ausgewertet wurde, liegt bei geistig und körperlich Gesunden bei höchstens 300 Einheiten. Meist bleibt sie jedoch beträchtlich unter 300 Einheiten. Die Dementia

praecox weist zur Zeit ihrer schweren Krankheitsbilder eine Harngiftigkeit von 900—2500 Einheiten auf. In fast gleicher Höhe (1000—2000 Einheiten) hält sie sich auch in den epileptischen Anfallserien. Vor dem Anfall sinkt sie auffallend tief herab, so daß einzelne Harnproben gänzlich ungiftig gefunden werden können.

Der Anfall konnte — wofür auch bis zu einem gewissen Sinne das Auftreten von Eiweiß im Urin spräche — als ein Versagen der Nierentätigkeit aufgefaßt werden, als ob die Nieren der immer mehr anwachsenden Überflutung nicht Herr würden und die giftigen Eiweißprodukte nicht mehr auszuscheiden vermöchten, die nun im Blut zurückbehalten und an die Hirnrinde gespült werden.

Fassen wir zum Schluß all die auseinandergehenden Erwägungen und Betrachtungen wie die sich noch widersprechenden tatsächlichen Befunde zusammen und versuchen wir, immer bewußt, daß über viele Einzelheiten kaum das erste, geschweige denn das letzte Wort gesprochen ist, eine Richtlinie zu gewinnen, so werden wir zu folgenden, vorläufigen Ergebnissen kommen.

Aus 3—4 verschiedenen Quellgebieten, so aus den Schottern der verblödenden Hirnrinde, den Abbaustoffen von Anti-Ambozeptoren-Eigenschaften wie den Sekreten der gestörten Organe mit innerer Sekretion und aus dem Stoffwechsel echter Entzündungserreger fließen Eiweißspaltstoffe mehr oder weniger unbekannter Art in die Zirkulation ab. Zum Teil werden diese Abbaumassen von Abraumzellen aufgenommen und weiter verfrachtet, bis sie nach mannigfachen Schicksalen in den Kreislauf gelangen und vermöge ihrer Giftwirkung das serologische, chemische und histologische Blutbild verändern. Die Veränderung des serologischen Blutbildes findet ihren Ausdruck in einem Anwachsen der eiweißschonenden Kräfte. Die chemische Beeinflussung prägt sich in einer Abnahme der Alkaleszenz des Blutes aus. Im histologischen Blutbild erfahren die weißen Blutzellen sowohl in ihrer Gesamtmenge als auch in ihrer prozentualen Beteiligung eine Veränderung. Außer daß man die Normalmenge von etwa 8000 Zellen nur selten antrifft, vielmehr eine Vermehrung oder eine Verminderung der weißen Blutkörperchen findet, zeigt sich auch eine auffallende Zunahme der Lymphozyten. Eigenartig ist auch das



Verhalten der Eosinophilen, die unter dem Einfluß von Krampfanfällen verschwinden und wieder erscheinen, wenn der Kranke sich wieder zu erholen beginnt. Auf ihrem Wege durch den Organismus gewinnen diese Abbau- und Umbaustoffe als Eiweißspaltgifte auch Beziehungen zur Atmung, Temperatur und zum Blutdruck, die sie im Sinne eines anaphylaktischen Schockes verändern, wie sie auch die Harngiftigkeit erhöhen.

Schriften-Nachweis.

1. *Zimmermann*, Ztschr. für die ges. Neurol. u. Psych. O.-Bd. 30. — 2. *Kraepelin*, Lehrbuch der Psychiatrie 1912. — 3. *A. Jacob*, Allg. Ztschr. f. Psych. u. psych. gerichtl. Med. Bd. 70. — 4. *Alzheimer*, Neurol. Ztlbl. 1907. — 5. *Merzbacher*, Histol. u. histopathol. Arbeiten III. Bd. — 6. *Alzheimer*, Histol. u. histopathol. Arbeiten III. Bd. — 7. *Kaffka*, Taschenbuch. — 8. *Oeller* und *Stephan*, D. med. Wschr. 1914 S. 1837. — 9. *Hauptmann*, Münch. med. Wschr. 1914 S. 1167. — 10. *Fauser*, D. med. Wschr. 1913 S. 306. — 11. *Kaffka*, Allg. Ztschr. f. Psych. u. psych. gerichtl. Med. Bd. 71 S. 727. — 12. Münch. med. Wschr. 1917 Nr. 26. — 13. *Schultz*, Münch. med. Wschr. 1914 S. 1759. — 14. *Biedl*, Innere Sekretion. — 15. *Zimmermann*, Mitt. a. d. Hamb. Staats-Krankenanstalt 1908. — 16. *Derselbe*, Mitt. a. d. Hamb. Staats-Krankenanstalt 1914. — 17. *Jahnel*, Arch. f. Psych. 1917 S. 847. — 18. *Raecke*, Arch. f. Psych. 1917 S. 593. — 19. *Lubarsch* in: Aschoffs Pathol. Anat. Bd. I 3. Aufl. S. 511. — 20. *Achucaro*, Histol. u. histopathol. Arbeiten III. Bd. — 21. *Spielmeyer*, Münch. med. Wschr. 1907. — 22. *Pfeiffer* und *de Crinis*, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. O. 18. — 23. *Rosental*, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. O. 3. — 24. *Zimmermann*, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. O. 36. — 25. *Freund* und *Brahm*, Münch. med. Wschr. 1916 S. 1644. — 26. *Orlowski*, Ztschr. f. Diätetik u. physikal. Ther. VI 1905 S. 695. — 27. *Askanazy* und *Aschoff*, Pathol. Anat. I S. 103 3. Aufl. — 28. *Zimmermann*, Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1916 S. 335. — 29. *Severin*, Mtschr. f. Psych., Neurol. 1917 Bd. 40 S. 265. — 30. *Schmidt*, Münch. med. Wschr. 1914 Nr. 7. — 31. *Itten*, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1911 u. 1914. — 32. *Jödicke*, Münch. Med. Wschr. 1916 S. 1913, 1085. — 33. *Arneth*, Münch. med. Wschr. 1916 S. 1585. — 34. *Schultz*, Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1913. — 35. *Schultz*, D. med. Wschr. 1913 S. 1403. — 36. *H. di Gaspero*, Handb. d. Neurol. Bd. V. — 37. *Rohde*, D. Arch. f. klin. Med. 95. — 38. *Müller*, Klinik f. psych. u. nervöse Krkh. 1913 S. 256. — 39. *Heilemann*, Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 67. — 40. *Lundvall*, Bericht in D. med. Wschr. 1913 S. 427. — 41. *Pförtner*, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 50. — 42. *Kahlmeter*, Ztschr. f. d. ges. Neurol.



u. Psych. O. 24 S. 483. — 43. *v. Hoeßlin*, Münch. med. Wschr. 1913 S. 1129. — 44. *Krüger*, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. O. 1914. — 45. *Jähnke*, Münch. med. Wschr. 1913 S. 1085. — 46—48. *Zimmermann*, Ztschr. f. d. ges. Neurol. O. 1914, 1915, 1916. — 49. *Riebes*, Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70 S. 283. — 50. *Gorrieri*, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. O. 15 S. 443. — 51. *Kindberg*, Innere Medizin. — 52. *Grawitz*, Klinische Pathologie des Blutes. — 53. *Naegeli*, Blutkrankheiten und Blutdiagnostik. — 54. *Schridde* und *Ströbel*, Ztschr. f. exper. Pathol. u. Ther. 11, 1912. — 55. *Schlecht*, Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. 67, 1912. — 56. *Pfeiffer*, Immunitätsforschung Bd. 10, 1911. — 57. *Zimmermann*, Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1917. — 58. *Rohde*, D. Arch. f. klin. Med. 75, 1908 S. 148. — 59. *Allers*, Journ. f. Psychol. u. Neurol. 1910. — 60. *Pfeiffer* und *Albrecht*, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912.

Psychogene Psychosen im Heimatgebiet bei Kriegsteilnehmern[1]).

Von

Walter Ruben.

Die während des Krieges im Heimatgebiet entstandenen Psychosen bei Heeresangehörigen sind bisher aus eigenem Gesichtspunkte noch nirgends betrachtet worden. Einer Anregung von Herrn Professor Kleist zufolge sollen daher die einschlägigen Fälle der psychiatrischen und Nervenklinik Rostock-Gehlsheim im Zusammenhang besprochen werden[2]). Es werden zuerst die einzelnen Zustandsbilder geschildert werden. Dabei ist zu beachten, daß wie überall in der Kasuistik psychogener Erkrankungen, auch hier die fließenden Symptomenkomplexe keine scharfe Abgrenzung bestimmter Krankheitstypen gestatten. Eine Betrachtung der psychischen Veranlagungen, sodann der Ursachen wird sich anschließen und endlich ein Vergleich mit den psychogenen Erkrankungen an der Kampffront (besonders den Schreckpsychosen) angestellt werden.

A. Zustandsbilder.

I. Depressionen.

Fall 1: G., 22 Jahre, Gärtner. 4. 7. 17 bis 29. 8. 17. Gutachten für Gericht d. Ers.-Bat. wegen „unerlaubter Entfernung von der Truppe".

Vorgeschichte: G. gibt an, sich aus der Kaserne entfernt zu haben, weil ihm 1. „der Dienst über war" und 2. aus „Furcht vor Vorwürfen seiner Angehörigen wegen früherer Bestrafungen", 3. da er fürchtete, durch Vermerk in seinen Militärpapieren über frühere Bestrafung „in seinem Berufe als Gärtner später geschädigt zu werden". Deshalb wollte er sich auch das Leben nehmen. Der Erhängungsversuch scheiterte. Zur

[1]) Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik Rostock-Gehlsheim (Direktor Prof. *Kleist*).

[2]) Ein eingehender Vergleich der eigenen Fälle mit den in der Kriegsliteratur zerstreuten ähnlichen Fällen war leider aus äußeren Gründen — es stand mir zur Abfassung der Arbeit nur ein kurzer Urlaub zur Verfügung — nicht möglich.



Wiederholung hat er nicht den Mut gefunden (3. Suizidversuch). Eigene Angaben über sein Vorleben: Habe schon stets zurückgezogen und einsam gelebt, schon beim Tode der Mutter Selbstmordgedanken gehegt (1. Suizidversuch). 1913 wegen Stellunglosigkeit 2. Suizidversuch.

Der Militärdienst sei ihm von Anfang an zu schwer geworden. Daher häufiger Tadel durch Vorgesetzte und Spott der Kameraden.

Im Oktober schon einmal von der Truppe entfernt, da er trotz seines Wunsches vom Arzt nicht krank geschrieben worden sei. Angaben des Vaters: G. habe schon seit langem Wechsel zwischen ausgelassener Lustigkeit und grundlosem Trübsinn gezeigt, nach dem Tode der Mutter längere traurige Verstimmung. Beim ersten Wiedersehen nach dem 1. Selbstmordversuch tagelanger Weinkrampf.

Befund in Gehlsheim: Besonders in der ersten Zeit ausgesprochen depressive Stimmung. Entsprechend der Verstimmung deutliche psychische und körperliche Hemmung, verlangsamte Reaktion.

Verlauf: Von Anfang August an freier, arbeitet fleißig im Garten.

Beurteilung: Es handelt sich um einen stark psychopathisch veranlagten Menschen mit ausgesprochener Neigung zu traurigen Verstimmungen. Ursache seines Deliktes ist zweifellos ein Depressionszustand. Für die Straftat als unzurechnungsfähig erachtet.

Fall 2: St., 30 Jahre, Maler. 20. 11. 17 bis 28. 12. 17. Gutachten für Ers.-Bat. wegen „unerlaubter Entfernung von der Truppe".

Vorgeschichte: St. war bis 30. 10. 17 als Hilfsbremser reklamiert, dann jedoch wegen Unpünktlichkeit zur Truppe zurückgeschickt worden. Dort ist er nicht erschienen, sondern in seiner Wohnung verblieben. Als er von dort am nächsten Tage geholt werden sollte, war er verschwunden. Haftbefehl. Am nächsten Tage gab seine Wirtin an, daß er einen Selbstmordversuch durch Vergiften gemacht habe. Wegen Lysolvergiftung in die medizinische Klinik aufgenommen, von dort in die psychiatrische Klinik.

An dem Tage, an dem er verschwunden war, begegnete ihm die Tochter der Wirtin auf der Straße. Dort führte er wirre Reden von bevorstehender Bestrafung, weil er nicht auf Befehl zur Kaserne gegangen sei. „Er bleibe nicht am Leben, weil er die bevorstehende Strafe nicht überwinden könne."

Erbliche Belastung liegt nicht vor. Schon einmal hat er früher als Malerlehrling einen Versuch gemacht, sich zu erhängen, da er sich nicht mit dem Meister vertragen konnte.

Während seiner Militärzeit hatte er erfahren, daß ihm seine Frau untreu geworden war. Daher war er schon seit einem Jahre mißgestimmt und lebensüberdrüssig.

Befund: Körperlich o. B. Psychisch: gedrückte Stimmung. Sprache monoton und langsam. Gedächtnis für alle Einzelheiten erhalten. Gibt als Ursache für seinen Selbstmordversuch an die Furcht vor Strafe wegen



Fahrlässigkeit als Hilfsbremser. Auf den Vorhalt, warum er den Selbstmordversuch gerade am Tage des Befehls, zur Kaserne zu kommen, gemacht habe, schweigt er verlegen!

Verlauf: Die Stimmung wird allmählich schwankend, dann freier.

Beurteilung: Psychopathische Persönlichkeit mit Neigung zu depressiven Stimmungsschwankungen, die offenbar stets als Reaktion auf unangenehme äußere Einflüsse und nicht als Ausdruck einer bestehenden Geisteskrankheit auftraten. Das Krankhafte liegt lediglich in ihrer Stärke bzw. in ihrem ungewöhnlichen Einfluß auf das Handeln.

Der jetzige Selbstmordversuch ist erst die Reaktion auf die Aufforderung, zur Kaserne zu kommen.

Über die Zurechnungsfähigkeit ist kein sicheres Urteil möglich, da der Zeitpunkt des Beginns der Depression nicht sicher festgestellt werden kann.

Fall 3: Sie., 35 Jahre, Landmann. 27. 3. 16 bis 20. 5. 16.

Vorgeschichte: August 1914 freiwillig eingetreten. Später zum Unteroffizier befördert. Schon Januar 1915 öfter Zustände, in denen er nervös, aufgeregt, nicht Herr über seine Sinne war. Juli 1915 auf Urlaub mit Neurasthenie erkrankt. Urlaub überschritten. 3. 9. 15 bis 12. 2. 16 wieder in einem Reservelazarett wegen „chronischen Nervenleidens, Psychopathie“.

Im Anschluß an gelinden Sturz hypochondrische Klagen („muß verrecken wie ein Hund“), schwankend im Benehmen.

Befund und Verlauf: Bei Aufnahme wehleidig, hypochondrische Klagen über angebliche Schwellungen (die nicht vorhanden). Bei jedem kleinen Streit mit Mitpatienten bleibt er lange verstimmt. Fürchtet sich vor Entlassung.

Beurteilung: Hysterischer Psychopath mit gelegentlichen depressiven Verstimmungen.

Nicht verwendungsfähig im Heeresdienst.

Fall 4: Wö., 38 Jahre, Installationsmeister. 30. 11. 15 bis 5. 12. 15.

Vorgeschichte: Hat im vorigen Jahre bei einer Sanitätskolonne durch Gasexplosion einen Schock erlitten. Seit Juli sei er wieder eingezogen, seitdem zeitweilig unruhig, schläft nicht, wollte sich das Leben nehmen. Nach eigenen Angaben habe er sich so aufgeregt, daß ein Soldat, der ihm Brot in die Wohnung gebracht, gesagt habe, er komme mit dem nächsten Transport fort. Dabei sei er doch erst am Vortage aus dem Revier entlassen worden. Er hat das Gefühl, manchmal etwas stumpfsinnig zu sein, Blei im Gehirn zu haben, daß der Kopf sich nachts vergrößere.

Befund: Körperlich: Romberg, leichtes Schwanken. Ataxie in den oberen Extremitäten. Periost- und Sehnenreflexe lebhaft. Sprache leicht tremolierend, erschwerte Artikulation. Zittern, Schwäche in den Hüften, Stechen im Kopf, Schwindel. Übrigens ist bei der Aufnahme die Stimmung wieder frei.

Beurteilung: Abgelaufener psychogener Depressionszustand. Da bei Fortdauer des Militärdienstes ein Rückfall zu erwarten ist, wird baldige Entlassung aus dem Heeresverband empfohlen.

Fall 5: Wa., 23 Jahre, Pferdeknecht. 13. 11. 17 bis 6. 12. 17.

Gutachten wegen „Entfernung aus dem Lazarett in selbstmörderischer Absicht".

Vorgeschichte: Als Kind häufig — besonders nach Anstrengungen und Aufregungen — hysterische Anfälle (ohne Bewußtlosigkeit oder Zungenbiß oder Einnässen oder Schlafbedürfnis). W. war wenige Wochen vorher (15. 9. 17 bis 13. 10. 17) schon in Gehlsheim in Behandlung gewesen wegen hysterischer Anfälle.

Befund: Körperlich: o. B. Nur Rachen- und Bindehautreflex schwach. Lidzittern.

Psychisch: Stimmung bei der Aufnahme gedrückt. Stimme leise, tonlos. Bewegungsarm. Bewußtsein klar. Gedächtnis gut erhalten. Dagegen selbst leichte Unterschiedsfragen nur äußerst mangelhaft beantwortet. Bei abstrakten Fragen versagt er völlig. Die Intelligenzprüfung nach *Binet-Simon* zeigt die Stufe eines 11jährigen Kindes.

Beurteilung: Die Entfernung aus dem Lazarett in selbstmörderischer Absicht geschah unter dem Einfluß affektvollen Erlebnisses, des Todes der Mutter.

Für die Straftat als unzurechnungsfähig erklärt.

Fall 6: Ben., 18 Jahre, Arbeiter. 24. 7. 17 bis 24. 9. 17. Gutachten wegen „Urlaubsüberschreitung und Erhängungsversuch, als er verhaftet werden sollte".

Vorgeschichte: Nach Angabe der Angehörigen hat er als Kind bereits hysterische Anfälle gehabt, war später oft unehrlich, träge, gleichgültig. Zwei Brüder im Felde gefallen. Als er nach seiner Einziehung im Juni 1917 wußte, daß er demnächst ins Feld kommen sollte, trug er sich aus Furcht vor ähnlichem Ergehen ständig mit Selbstmordgedanken.

Befund: Körperlich kein Anhalt für organiches Leiden. Hysterische Stigmata sind vorhanden (herabgesetzte bzw. fehlende Schleimhautreflexe). Gesichtsausdruck blöde. Ohren abstehend. Strabismus convergens. Psychisch: anfangs gedrückt und gehemmt. Auf der Intelligenzstufe eines 9jährigen Kindes.

Beurteilung: Auf dem Boden dieses krankhaften Zustandes entwickelte sich im Hinblick auf den bevorstehenden Frontdienst Angst, die bei dem intellektuell Niedrigstehenden die Selbstmordabsicht hervorrief.

Für die Straftat als unzurechnungsfähig erklärt.

II. Stuporzustände.

Fall 7: Det., 29 Jahre, Arbeiter. 19. 6. 17 bis 13. 7. 17.

Vorgeschichte: Als Kind schlecht gelernt. Sei nie nervös gewesen. Seit Beginn im Kriege. Einmal verwundet, zweimal verschüttet. Vor



Wiederabrücken ins Feld zwei Tage Heimatsurlaub. Dort sagte er zur Mutter: „Ins Feld könnte er nicht, er käme nicht lebendig wieder." Wegen Unwohlseins legte er sich zu Bett. Von da ab angeblich völlige Amnesie bis einige Stunden nach Lazarettaufnahme.

Befund: Liegt regunglos, mutistisch im Bett; gibt keine Auskunft. Unempfindlich bei Nadelstichen, außer an einigen besonders empfindlichen Stellen. Kopf vom Kissen abgehoben, spannt den Unterkiefer. In den Extremitäten keinerlei Spannungen. Kein Verharren in gegebenen Haltungen. Plötzlich nach einigen Stunden verändert. Spricht, er habe sich geängstigt, deshalb nicht reden können. Auf eindringliche Fragen nach dem Grunde zu seiner Aufregung gibt er an, er habe zum Rekrutendepot kommen sollen. Dies wolle er aber nicht.

Verlauf: Allmählich freier. Nimmt die Bemerkung, nur noch g. v. zu sein, mit sichtlicher Zufriedenheit auf. Daraufhin freier. Seitdem geordnet, arbeitet.

Beurteilung: Psychogener Stuporzustand (Furchtpsychose), bei einem leicht Schwachsinnigen.

Dauernd g. v. Heimat, da bei eventuellem Transport zur Front die gleiche Reaktion zu erwarten ist.

Fall 8: Spe., 25 Jahre, Steinmetz. 26. 4. 16 bis 20. 5. 16.

Vorgeschichte (nach Angabe der Frau): Nach einer Verwundung habe er zunächst Wachkommando in Lübeck gehabt und sei dann zur Garnisonkompagnie Güstrow gekommen.

Nach Angabe der Kompagnie sei in den letzten Tagen auf Wache sein plötzlich verstörtes Wesen aufgefallen, er habe über Kopfschmerzen geklagt, sei nicht imstande gewesen, seinen Namen zu schreiben oder seine Adresse anzugeben.

Befund: Bei Einlieferung kann er nicht sprechen, schlecht hören. Verständigung mißlingt. Bei Fragen nach irgendwelchen Daten hebt er stereotyp 3 Finger der linken Hand in die Höhe. Intelligenzprüfung unmöglich. Auf Vorhalt von Gegenständen nickt er bei der richtigen vorgesagten Bezeichnung. Bei Ablenkung, Überrumpelung hört er gut.

Verlauf: Später versucht er gern Verständigung, jedoch nach 2 bis 3 gesprochenen oder geschriebenen Worten ist es vorbei. Schüttelt mit dem Kopfe, zuckt mit den Achseln. Besuch der Frau wirkt günstig. Durch Sprechübungen langsamer Fortschritt bis zu zweisilbigen Worten. Schreibfähigkeit auch gebessert. Alphabet erst nur bis f, später bis m.

Allmählich freier. Nach Hamburg verlegt.

Beurteilung: Hysterischer Stupor, plötzlich entstanden ohne nachweisliche besondere Ursache.

Fall 9: West., 20 Jahre, Landmann. 11. 11. 17 bis 13. 12. 17.

Vorgeschichte: Nach Angaben der Frau hat der Mann schon früher „viel an den Nerven gedoktert". Nichts Genaueres zu erfahren. Bei Kriegsbeginn gesund. Nicht ins Feld gekommen, da schon während der



Ausbildung an den Nerven erkrankt. ¾ Jahre im Lazarett. Danach vom Militär entlassen. Schon damals „wunderlich", glaubte verfolgt, mit dem Tode bedroht zu werden. Hat sich jedesmal krank gefühlt, wenn er mit Militär etwas zu tun bekommen hat. Jetzt, am 9. 11. (d. i. 2 Monate nach Entlassung vom Militär), plötzlich beim Tisch zitterig, Zuckungen, Stöhnen, Angst. Die gleichen Anfälle mehrmals am Tage. Vor Einlieferung bedrohte er noch die Frau. Lief im Hemd auf die Straße, versuchte dort auf den Pferden zu reiten. Abends ruhig, geordnet. Am nächsten Morgen neuer Wutanfall: bedrohte seinen Sohn mit Messer. Lief dann barfuß und im Hemd ins nächste Dorf. Einlieferung in die Anstalt.

Befund: Unruhe. Stereotyp kreisende Armbewegungen. Den ganzen Körper erschütternde Muskelkontraktionen. Grimassieren. Sprache reaktiv wenig, mehr initiativ, mitunter stereotypes Wiederholen desselben Satzes oder Wortes. Widerstreben. Anfangs Nahrungsverweigerung.

Verlauf: Zuckungen werden seltener. Affektiv gleichgültig, Grimassieren seltener. Bei Prüfung der Reflexe (besonders der Patellarreflexe) stärkste Kontraktion der Antagonisten, zieht die Glieder unter Wimmern zurück.

Bei einer klinischen Vorstellung: Einförmiges Stöhnen, einförmiges Schütteln der Hände oder des ganzen Körpers. Sonst akinetisch. Örtlich und zeitlich orientiert. Denkhemmung. Keine apraktischen Störungen. Körperlich o. B. (Sensibilität, Koordination nicht zu prüfen).

Allmählich freier, antwortet z. B. auf Unterschiedsfragen richtig, wenn auch langsam in allen Reaktionen. Krankheitseinsicht. Bei weiteren Fragen nach seiner Krankheit beginnt er zu weinen. Es kommt dann heraus, daß er vor einiger Zeit eine Aufforderung zur ärztlichen Untersuchung beim Bezirkskommando bekommen hat.

Psychisch macht er nicht den Eindruck eines Katatonikers. Gefühlsmäßig richtige Stellungnahme. Verfällt bei weiteren Fragen nach seiner militärischen Vergangenheit gleich wieder in Weinen und Zittern, hat offenbar schwer unter seiner Militärzeit gelitten. Erklärt unter Tränen: „Ich wollte ja gern alles machen, aber ich konnte die Befehle nicht ausführen!" Gibt schließlich auf eindringliches Befragen an, daß er kurz vor seiner Erkrankung einen Gestellungsbefehl (zur Nachuntersuchung) bekommen habe, nachdem er sich schon entlassen geglaubt.

Geheilt entlassen.

III. Dämmerzustände.

Fall 10: Ha., 30 Jahre, Stellmacher. 24. 11. 16 bis 3. 2. 17, 4. 2. 17 bis 5. 5. 17.

Vorgeschichte: Seit Beginn des Krieges im Feld. April 1915 zurück wegen „Kopfschmerzen" in die Lazarette Noyon, Frankfurt a. M., Hamburg, Rendsburg, Schleswig, Rostock.

Befund: Sagt bei der Aufnahme nur „ja" und „nein". Mangel an



Regsamkeit. Kopfweh, Bettnässen. Macht dann funktionell gehemmten Eindruck. Kann sich mitunter nicht besinnen, wo er ist. Zeitlich nicht orientiert. Nervenbefund: Auffallend nur Nystagmus, nach rechts stärker als nach links (für multiple Sklerose sonst kein Anhaltspunkt).

Verlauf: Kataleptisch, mürrisch, ratlos, teilnahmlos, jedoch geordnet, orientiert. Redet vorbei: „Irrtum und Lüge? — Ich lüg' ja nicht, lügen darf man nicht. Irren, dann kommt man ins Irrenhaus, in Schleswig ist auch eins." Zeitweise freier, arbeitet. Angstgefühl in der Brust. Noch Schwindel beim Gehen mit geschlossenen Augen und andere hypochondrische Klagen. Beim Erzählen Angstgefühl, Brechreiz. Nach Erbrechen Erleichterung. Wenn kein Erbrechen erfolgt, dauern die Angstgefühle mehrere Stunden an. Noch häufige Träume von Verbrechen, die er begehe. Später wieder ruhig, arbeitet. Am 10. 1.: Hemmungen scheinen geschwunden.

Zweite Aufnahme: 4. 2. 17 *Ganser*scher Dämmerzustand.

Vorgeschichte: Wird einen Tag nach Entlassung wieder in die Anstalt gebracht. Seine Frau meldete, daß er anstatt nach Rendsburg ohne Urlaub nach Hause gefahren wäre.

Befund: Gibt auf keine Frage Antwort. Redet vorbei.

5. 2. zeitlich und örtlich desorientiert, spricht viel von Sorgen um Familie. Vorgehaltenen Schlüssel hält er für Pistole, wehrt sie ängstlich ab. Soll auch schon die ganze Nacht vor sich hin geredet haben.

7. 2. Morgens völlig ablehnend, abends reagiert er wieder. Will von dem gestrigen Besuch seiner Frau nichts wissen.

6. 2. Zugänglicher. Jammert, daß er hier festgehalten werde, habe doch immer noch gearbeitet. Mürrisch, weinerlich.

12. 2. Will absolut nicht wissen, wie er in die Anstalt gekommen sei. Angeblich wisse er nur noch, daß er in den Zug nach Rendsburg gestiegen sei. Was danach passiert sei, will er vergessen haben. Endlich gibt er zu, in Wismar ausgestiegen und nach Hause gegangen zu sein. Wie er dahin gekommen, wisse er nicht. Fragt nur immer, wo denn sein Begleiter geblieben sei.

16. 2. Ruhiger. Kann sich noch nicht zur Arbeit entschließen. Was seiner Entfernung vom Militär voraufgegangen, will er durchaus nicht wissen, ebensowenig von dem ersten Besuch seiner Frau, wohl aber von dem letzten.

21. 2. Arbeitet regelmäßig.

5. 5. Nach Hause bis zur Entlassung vom Militär. Anweisung, sofort in Fabrik Arbeit zu nehmen.

Fall 11: Schü., 32 Jahre, Maurer. 3. 7. 17 bis 3. 8. 17.

Vorgeschichte: Nach Angaben der Frau früher o. B. August 1914 eingezogen und ausgebildet. Nur leichter Dienst. Nicht im Felde gewesen. Dann reklamiert. Stets geordnet, nie auffällig, kein Sonderling.

Zu Besuch bei der Frau, nachdem er günstige, besoldete Arbeitsstelle



als Soldat gefunden. Dort fiel Schläfrigkeit auf. Aß rohe Kartoffeln aus der Pfanne. Zog sein Zeug verkehrt an.

Befund: Zunächst mutistisch, negativistisch. Verweigert Nahrung Nur im Affekt verbigerierende Schmerzäußerungen und Schimpfworte. Körperlich sehr anämisch und abgemagert.

Verlauf: Tags darauf örtlich und zeitlich nicht orientiert. Besuch der Frau: Während dessen hellt sich sein Bewußtsein auf. Geordnete Unterhaltung. Amnesie besteht seit dem Vortage seines Besuches bei der Frau. Örtlich durch Frau orientiert, zeitlich nicht. Gibt dann zu, doch über die Vorgänge bis zum Mittag des Besuchstages Bescheid zu wissen. Kein Konflikt an der Arbeitsstelle. Dort gut besoldet. Hätte aber schwer zu arbeiten gehabt und wäre lieber zu Hause gewesen. Dadurch müde und matt. Nach Hause eingereichte Reklamation soll zu spät gekommen sein.

Beurteilung: Hysterischer Dämmerzustand nach mißglückter Reklamation auf dem Boden körperlicher Erschöpfung. a. v.

Fall 12: Wi., 27 Jahre, Maler. 16. 5. 17 bis 8. 8. 17.

Vorgeschichte: Vor dem Kriege völlig normal und gesund. Seit dem 4. August 1914 im Felde, immer gesund. Erst an der Somme nervenkrank geworden. Nach Uchtspringe, von dort am 26. 4. als k. v. zum Ers.-Bat., einen Tag Urlaub, dann zur Garnison. Dort Verwirrtheitszustand, „sei immer etwas aufgeregt gewesen durch den Lärm auf Kasernenhof". Ob Konflikt mit Vorgesetzten vorgekommen ist, weiß er nicht.

Befund: Körperlich völlig o. B. Einige Reflexe werden willkürlich gesteigert.

Verlauf: 18. 5., heute anmaßend, ungezogen.

21. 5. Im Gespräch allein mit dem Arzt, rückt er heute heraus: „Er glaube von dem einen Unteroffizier mit Radium vergiftet worden zu sein."

3. 6. Heute plötzlich verwirrt, läppisch. Redet vorbei, nicht zu fixieren. Auf Wachsaal.

19. 6. Weiß nicht, ob er seine Vergiftungsideen gesagt oder geträumt hat. Fürchtet, an Stelle des Unteroffiziers für dessen angebliche Lebensmittelschiebungen bestraft zu werden.

22. 7. Lebhafter Traum, er werde verfolgt.

29. 7. Keine paranoische Färbung mehr. Bemüht sich nicht, dem Ersatztruppenteil zugeführt zu werden.

Beurteilung: Hysteriker, der auf Schreck und Wiederaufnahme des Dienstes mit Dämmerzustand reagiert.

Fall 13: Kü., 26 Jahre, Arbeiter. 10. 1. 16 bis 20. 1. 16.

Vorgeschichte: Schlecht gelernt, viel krank. Über Anlaß zur Einweisung geht Näheres aus der Krankengeschichte nicht hervor.

Vor 4 Wochen Soldat geworden: konnte den Dienst nicht tun, da zu schwach auf der Brust. Möchte nicht Soldat werden, weil er das nicht aushalten könne. Sei „wegen Magenkrämpfe" in die Anstalt gekommen.



Befund: Bei Aufnahme gehemmt, schwer besinnlich. Zeitlich nicht orientiert. Bei Fragen, die Pat. nicht beantworten kann, lächelt er blöde. Danebenreden. Ab 15. 1. klar und orientiert, gutmütig, willig, schwachsinnig.

Körperlich o. B. Nach beendeter Blutentnahme weint er jämmerlich, „es habe so weh getan".

Beurteilung: Dämmerzustand eines Schwachsinnigen.

Untauglich für Militärdienst.

Fall 14: No., 30 Jahre, Dachdecker. 13. 7. 17 bis 16. 10. 17.

Vorgeschichte: Früher gesund. In Front von September 1915 bis April 1917. Zurück wegen Körperschwäche, Juni 1917 nach Rostock, Arbeits- und Wachdienst.

Habe in vergangener Nacht Wachdienst gemacht, danach sei er ruhig ins Bett gegangen. Soldaten seien gekommen und hätten ihn in die Anstalt geführt. Der Grund dafür sei ihm unbekannt.

Befund: Körperlich: Kornealreflex abgeschwächt, Rachenreflex aufgehoben. Romberg funktionell. Hypalgesie. Macht absichtlich ungeschickte Bewegungen.

Psychisch: Langsam in seinen Angaben, schwer besinnlich, salopp. Sieht den Arzt bei Fragen starr an. Lehnt Intelligenzprüfung ab: „Mir tut der Kopf so weh."

Zeitlich und örtlich nicht orientiert.

Weint plötzlich ohne Grund. Heimweh. Sperrt den Mund auf, wenn er die Augen öffnen soll. Weint plötzlich auf Fragen nach der Frau und seinen Klagen. Ab 18. 10. klar und orientiert.

Bei Vorstellung weint er, gibt keine oder unzutreffende Antworten, gibt sich keine Mühe bei der Antwort. Absichtliches Verhalten. Schlaffer Mensch, läßt sich gehen, niedergedrückt. Kommt von der Arbeit mit den Worten: „Ich bin so abgelahmt." Mißmutig, oft vergrämter Gesichtsausdruck. Allmähliche Besserung.

Beurteilung: Hysterischer Dämmerzustand. Daher zeitig für 1 Jahr kr. u.

Fall 15: Schrö., 21 Jahre, Hausdiener. 31. 3. 16 bis 18. 8. 16. Begutachtetes Delikt: Unerlaubte Entfernung.

Vorgeschichte: Am Bahndamm bei Eisenbahnschienen in verstörtem Zustand aufgefunden, „ganz heruntergekommen". Wisse nicht, wie er dahin gekommen sei.

Hatte vorher dem Feldwebel die Selbstmordabsicht mitgeteilt. War als Keimträger soeben keimfrei befunden worden, also bald wieder dienstfähig. Dies dürfte der tiefere Grund zur Verstimmung sein und nicht, wie er angibt, der Ärger über abgeschlagenen Urlaub.

Erinnerung nur noch verschwommen und unzusammenhängend.

Befund: Körperlich o. B. Zittern. Schmerz und Berührungsempfindlichkeit herabgesetzt.



Psychisch: Schwachsinn. Merkfähigkeit herabgesetzt. Bei sinnvoller Ausfüllung lückenhafter Sätze (*Ebbinghaus*sche Probe) versagt er.

Verlauf: geordnet. Stimmung schwankend. Gleichgültigkeit gegen Umgebung und Zukunftsfragen. Mitunter mißmutig und gereizt. Sucht seine gedrückte Stimmung durch äußerlich barsches, patziges Benehmen zu verbergen.

Klagt, seine Dienstherren hätten immer zu viel von ihm verlangt. Beim Militär ebenso, und wenn er noch lange in Anstalt bleiben müsse, mache er bald ein Ende.

Beurteilung: Schwachsinn bei psychopathischer Charakterveranlagung mit depressiven Stimmungsschwankungen. Auf dieser Grundlage Dämmerzustand.

Fall 16: Soj., 29 Jahre, Schuhmacher. 28. 8. 17 bis 17. 11. 17.

Vorgeschichte: Eigene Angaben: Gesund. Erblich nicht belastet, der jetzige Selbstmordversuch sei schon der zweite. Auch über den ersten wisse er keine näheren Umstände mehr.

Nach Akten: Juni 1915 aus dem Felde zurück wegen Unterarmfraktur. Zum Ersatz-Bataillon. Hühnerdiebstahl. Deswegen in Untersuchungshaft: von dort nach Anstalt Sachsenberg wegen hysterischen (*Ganser*schen) Dämmerzustandes. Von da entwichen: nach Festnahme Selbstmordversuch durch Erhängen.

Befund und Verlauf: Körperlich: o. B. Romberg funktionell.

Psychisch: Dämmerzustand abgelaufen. Bei Intelligenzprüfung werden Sprichwörter nicht erklärt. Erheblicher Schwachsinn. Gibt an, daß er sich das Leben habe nehmen wollen, aber nicht wisse, daß er es wirklich versucht habe. Wisse auch keinen Grund dafür. Höre nachts öfter Pfeifen und Sausen, habe manchmal nachts ängstliche Druckgefühle. Sonst frei von Krankheitserscheinungen.

Kr. u. entlassen wegen Schwachsinns mit Neigung zu psychogenen Dämmerzuständen.

Expansiver Dämmerzustand.

Fall 17: Ve., 18 Jahre, Postaushelfer. 16. 11. 17 bis 29. 12. 17.

Vorgeschichte: Angaben der Kompagnie: Vor einigen Tagen nach Masern aus Lazarett entlassen. Ve. sei am 15. 11. nach eigener Behauptung bei einer Felddienstübung auf den Hinterkopf gefallen (Zeugen dafür haben sich nicht gefunden). Danach sei er jedenfalls noch 4 km mit aufgesetzter Gasmaske gelaufen. Abends habe er seine Stubeninsassen mit dem Messer aus der Stube vertreiben wollen mit dem Bemerken: „Hindenburg komme um ½10 Uhr, er solle für ihn Quartier machen."

Eigene Angaben: Geburtsort wisse er nicht. Gut gelernt. Mit 13 Jahren eingesegnet. Danach an die große Postanstalt in Berlin gekommen und bald darauf die große Postanstalt bei Berlin übernommen, das Ganze unter mir gehabt.



Januar 1915 eingezogen, März 1915 an die Front, „gleich nach Riga zu Hindenburg“. Mai 1917 zurück, „um hier das Einjährige zu machen“. Im Sommer in Rostock geholfen, die Rekruten auszubilden.

Im Rostocker Lazarett wegen Masern. Am Tage nach Entlassung wieder Dienst gemacht. Dabei auf Hinterkopf gefallen, einige Minuten bewußtlos, erbrochen, Kopfschmerzen. Am Nachmittag etwas Dienst mitgemacht, aber nicht mitgekonnt. Beim Austreten sei plötzlich ein Mann vor ihm gestanden, der sicher Hindenburg gewesen sei und ihm aufgetragen habe, ihm sofort Quartier zu machen. Das habe er tun wollen und deshalb Streit mit dem Kameraden bekommen.

Befund: Bei Aufnahme Rededrang, bewegungsarm.

Erklärt, Hindenburg habe ihm gesagt, er solle für ihn Quartier machen, bei ihm Wache stehen. Sie hätten zusammen Karten gezeichnet, zusammen Riga genommen, 14 000 Bulgaren gefangen genommen.

Im Frieden sei er Postdirektor gewesen (tatsächlich Postbote), habe damit jährlich 100 000 M. verdient, und zwar in kleinem Orte von 70 000 Einwohnern bei Berlin. Habe 10 000 Menschen unter sich gehabt, ein Schloß, einen Zeppelin. Sei schon mit 17 ½ Jahren Postdirektor geworden.

Auf Vorhalt des Arztes, er sei doch nur Postaushelfer, antwortet er: „Nein, das schreiben die man so, ich bin Postdirektor.“

Körperlich: Völlig o. B. Ratloser, verträumter Gesichtsausdruck.

Psychisch: Vor Sturz habe er den Geburtsort gewußt, jetzt nicht mehr. Wohnort der Mutter: . . . . ., nach langem Besinnen stotternd Beselt (in Wirklichkeit Seefeld, Bez. Potsdam).

Zeitlich nicht orientiert. Will vieles aus dem Gedächtnis verloren haben. Schweift immer vom Thema ab und kommt stets darauf zurück: er habe ganz recht gehandelt, er habe für Hindenburg Platz machen müssen. Perseveriert.

Danebenschreiben: soll „a“ schreiben: ĕ
„ „l“ „ : h;
„ „lampe“ schreiben: hĕnta;
„ „Morgenstunde hat Gold im Munde“ schreiben: naypom schmuckä les pehp ün nykä.

Halluzinationen: Spontan: „Es flittert mir Hindenburg vor den Augen. Manchmal steht er vor mir, auch wenn ich aufwache.“

Phoneme: des gleichen Inhalts.

Soll schreiben: „Leder“, liest „haiket“, schreibt: hĕkas, liest: haket.

Soll schreiben: „Lampe“, liest „henka“, schreibt: hĕnka.

Liest: „l“ = h, „a“ = ĕ, „m“ = n, „p“ = k, „e“ = a.

Soll 120 vorgesprochen aufschreiben: 02001.

Soll 34 vorgesprochen aufschreiben: 4300.

Soll abschreiben: „1 2“, liest „2 1“, schreibt: 210.

Verhalten bei der Visite: Affektlos, ausdruckloses Gesicht, produziert Größenideen. Sonstige Produktivität gering.

Bei Prüfung der Psychoreflexe werden alle an ihn gerichteten Fragen richtig beantwortet.

Verlauf: Bleibt bei seinen Größenideen. Bei Visite stets bewegungsarm, apathisch. Beschäftigt sich aber in der Zwischenzeit in der Küche ganz eifrig mit Abtrocknen.

Als ihm gesagt wird, er müsse immer hier bleiben, antwortet er: „Aber er hat mir doch erst vorgestern nacht gesagt, ich solle zu ihm kommen." „Weihnachten komme ich doch zu Hause."

Behauptet jetzt plötzlich, selbst Hindenburg zu sein. In der vergangenen Nacht habe ihm das Hindenburg selbst gesagt.

Bei klinischer Vorstellung äußert er plumpe Pseudodemenz: versagt bei einfachsten Rechenaufgaben. Gesucht falsche Antworten.

Herabgesetzte Schmerzempfindung am ganzen Körper.

Durch zwei Hypnosen und Dauerbäder kein Erfolg: Böswilliges Festhalten an seinen vorgetäuschten Angaben. Wünscht nach Hause verlegt zu werden.

10 Tage später: Plötzlich frei, erklärt, jetzt gesund zu sein, er sehe ein, daß die Reden von Hindenburg und seiner Postdirektorstelle krankhaft gewesen seien.

Beurteilung: Die psychogene Veranlassung ist wohl so aufzufassen, daß V. sich dem Militärdienst von vornherein nicht gewachsen gefühlt hat, besonders nach seiner Masernerkrankung. Kurz nach der Genesung von anstrengender Felddienstübung zurückgekommen, scheint der psychische Druck sich dann plötzlich in Form der Psychose entladen zu haben. Vielleicht hat auch die getäuschte Hoffnung auf Urlaub mitgewirkt. Ob er bei der Felddienstübung hingefallen ist, bleibt zweifelhaft.

Fall 18: Ni., 23 Jahre, Kellner. 6. 9. 15 bis 18. 10. 15.

Vorgeschichte: Vom Reservelazarett (dort wegen Magenleidens) zum Ersatz-Bataillon entlassen. Dort nicht eingetroffen (Gutachten wegen Fahnenflucht). Seine Schwester schreibt an den Truppenteil: „Ihrem Bruder stände die Rückkehr zum Regiment furchtbar bevor; zweimal habe sie ihn zum Zuge gebracht, und immer käme er tränenden Auges zurück. Seit 3 Tagen führe er immer Reden und lache. Erklärt, er habe keine Ruhe, müsse immer wandern."

Ärztlich außerhalb festgestellt: er sei über die Ereignisse der letzten Zeit so gut wie gar nicht unterrichtet. Als Junge vom Elternhause weggelaufen. Auch habe er an Anfällen mit Bewußtseinsstörungen gelitten.

Eigene Angaben: Er wisse wohl, daß er sich statt zur Truppe ins Elternhaus begeben habe. Jedoch von da an keine Erinnerung mehr.

Schon als Kind häufig „Anfälle", von 3 Minuten Dauer, keine Zungenbisse, kein Einnässen, kein Muskelkrampf (nur Hände zusammengeballt). Sonst aber häufig Bettnässen. Oft tagelang planlos umhergetrieben. Wenn diese Tage vorbei wären, käme er plötzlich irgendwo zu sich, ohne zu wissen, wie er dorthin gekommen sei.

Befund: Körperlich o. B., nur Puls frequent, Reflexe etwas lebhaft, leichtes Zittern in den ausgestreckten Händen.

Psychisch: bei Aufnahme orientiert. Intelligenzprüfung: normaler Befund. Gedächtnis gut, soweit es sich nicht um krankhafte episodische Ereignisse in seinem Leben handelt.

Verlauf: Auffallend ist das gemütliche Verhalten: Wiederholt weint er bei Erwähnung seiner Krankheit, ist auch sonst niedergedrückt und still, dagegen zuzeiten grundlos fröhlich. Damit ist Reizbarkeit und Uneinsichtigkeit verbunden.

Beurteilung: N. ist nicht dauernd geisteskrank und darf nicht etwa für alle überhaupt denkbaren Straftaten, die von ihm begangen werden könnten, als unzurechnungsfähig angesehen werden.

Für die Straftat wird er als unzurechnungsfähig erklärt.

IV. Pseudodemenzen.

Fall 19: Lu., 37 Jahre, Eisengießer. 19. 12. 16 bis 3. 3. 17.

Vorgeschichte: Seinen Beruf als Eisengießer habe er wegen allgemeiner Schwächlichkeit aufgegeben, sei seither Gelegenheitsarbeiter.

Seit Einziehung zum Militär könne er den Dienst nicht machen, sei daher immer nur auf Kammer und im Wachdienst beschäftigt.

Von da aus habe er sich ohne Urlaub nach Altona begeben und sich erst, als dort das Geld ausging, auf dem Bezirkskommando gemeldet. Danach wieder Innendienst.

Befund: Körperlich: Allgemeine Hypalgie. Bewegungen, Sprache langsam.

Psychisch: Stimmung indifferent. Bei Angaben seiner Beschwerden wehleidig.

Wann hergebracht? — „Wisse er nicht, habe doch keinen Kalender." Weshalb hergebracht? — ? Was hier für Haus? — „Ein großes Haus." Wozu dient es? — „Das hat mir noch keiner gesagt." Schließlich doch — „für Kopfkranke". Sind Sie kopfkrank? — „Ich weiß manchmal nicht, was ich tue, bin nicht gesund, habe Kopfschmerzen, schlechte Zähne, schlechten Magen."

Macht gehemmten Eindruck, oft abweisend. Pseudodemente Antworten.

Verlauf: Sehr depressiv. Liegt mit Decke über den Kopf, am liebsten im Dunkeln versteckt. Bringt sichtlich die Worte schwer heraus.

Nach einigen freieren Tagen wieder verstimmt. Jammert nach der Heimat.

Nach ca. 1 Monat freier, freundlicher. Seltener verstimmt. Zur Arbeit fast gar nicht zu bewegen.

Fall 20: Lü., 19 Jahre, Beruf? 8. 12. 17 bis 18. 12. 17.

Vorgeschichte: Seit Januar 1917 Soldat. Aus dem Felde zurück wegen Ruhr. Danach zum Ersatz-Bataillon. Dort allen Dienst gemacht.



Wegen Kopfschmerzen krank gemeldet. Nach poliklinischer Untersuchung Aufnahme in Gehlsheim.

Befund: Körperlich: Tremor, Konjunktival- und Rachenreflex aufgehoben.

Psychisch: Klagen über Kopfschmerzen. Könne sich seit einigen Wochen schwer besinnen. Ursache unbekannt. Antwortet nicht oder falsch bei einfachsten Rechenaufgaben und Unterschiedsfragen.

Verlauf: 15. 12. Angeblich schlechter Schlaf; durch indifferente Mittel gebessert.

Beurteilung: Funktionelle Beschwerden und Pseudodemenz.

G. v. Heimat.

Fall 21: Wi., 41 Jahre, Maurer. 11. 1. 17 bis 27. 2. 17.

Vorgeschichte: Angeblich immer gesund. Schlecht gelernt. Munteres Wesen.

Im Felde seit Januar 1916. Wegen Schmerzen am ganzen Körper zurückbefördert. Wegen Rheumatismus Kur in Wiesbaden. Im August 1917 zur Genesungskompagnie. Von da Urlaub: zu Hause am Tage und besonders nachts Aufregungszustände. Kann nicht angeben, wovor er Angst habe.

Der Frau fiel gleich sein verändertes Aussehen auf; als sie ihm das sagte, habe er geweint und gesagt, ihm sei immer so duselig. Beständige Unruhe, habe zum Fenster hinausgewollt. Um sich zu erschießen, habe er den Revolver geholt. Abends habe er geäußert: „Siehst du denn nicht, sie kommen schon, sie sind schon am Fenster.“ Wollte zum Bette hinaus, sich das Leben nehmen. Er gehe nicht mehr zur Truppe zurück. Die Ärzte dort erklärten ihn immer für dienstfähig, wüßten aber nicht, wie nervenkrank er sei.

Auf Veranlassung der Frau wurde er in die Anstalt überführt.

Befund: Bei Aufnahme ruhig. Liegt mit weit aufgerissenen Augen, jedoch nicht ausgesprochen ängstlich. Zeitlich und örtlich gut orientiert. Bei vollem Bewußtsein, jedoch sind seine Angaben etwas unsicher.

Seine Art zu reden macht keinen ängstlichen Eindruck. Er fügt jeder Antwort an: „Ja, ja, hm, hm, so, so,“ so daß man den Eindruck einer absichtlich entstellten Sprechweise hat.

Bei Intelligenzprüfung fallen unter mehreren gleichartigen Fragen immer einige Antworten völlig aus.

Als etwas von Simulation gesagt wird, fährt er sofort auf: „Nein, Herr Doktor!“ Auf den Vorhalt, das also doch verstanden zu haben, verbessert er sich sofort: „Was haben Herr Doktor gesagt? Nein, nein, das habe ich nicht verstanden.“

Benehmen albern, kindisch: läuft nachts mehrmals zum Fenster. Beginnt bei Rachenreflex töricht zu husten.

Körperlich: o. B., nur Konjunktivalreflex aufgehoben.

Verlauf: Späht ängstlich in die Ecken. Sagt einmal: „Sie kommen



und wollen mich holen." Bei späterer Prüfung kann er kein Sprichwort erklären. Auf Vorhalt, er solle sich doch nicht gar zu dumm stellen, sofort erregt, ballt die Fäuste und ruft: „Ich sage das, was ich weiß, nur das!" In den letzten 14 Tagen geordnet, gibt bessere Antworten, arbeitet fleißig.

Beurteilung: Psychopath mit hysterischen Zügen und Pseudodemenz.

A. v. Heimat.

V. Erregungszustände.

Fall 22: Kö., 24 Jahre, Schneider. 26. 3. 17 bis 25. 5. 17.

Vorgeschichte: Achtungsverletzung und Bedrohung gegen Feldwebel. Als aufgeregt bei der Kompagnie bekannt. Nur mit leichten Arbeiten beschäftigt.

Bereits einmal wegen unerlaubter Entfernung mit 2 Monaten Gefängnis bestraft (begnadigt).

Eigene Angaben: Habe immer Streit mit Feldwebeln gehabt, die hätten ihn nie leiden können, seien immer roh gewesen.

Schon am Vortage sei er durch einen Streit mit dem Quartierwirt sowie durch Urlaubsverweigerung erregt worden.

Vorleben: Von den Pflegeeltern sei er wegen schlechter Behandlung fortgelaufen, dann ins Waisenhaus gekommen. Er habe nur wenig gelernt.

Im Felde seit Mai 1916 sei alles gut gegangen. Erst seit einer Verschüttung im September 1916 habe er dauernd Kopfschmerzen und dadurch Streitigkeiten mit Kameraden.

Über den Grund zu der unerlaubten Entfernung seinerzeit kann er nichts angeben. „Das sei auch wohl so ein Anfall gewesen."

„Sie können mir überhaupt nichts wollen: ich bin nervenkrank!"

Befund: Körperlich: Rechte Rumpfseite vermehrt schmerzempfindlich. Starkes Lidflattern. Nachröten der Haut. Grobschlägiges Zittern der ausgestreckten Hände.

Psychisch: Intelligenz herabgesetzt. Versagt bei der *Ebbinghaus*schen Probe und bei schwierigeren Verstandesfragen.

Verlauf: Verhält sich fleißig, ruhig, freundlich. Bekommt jedoch aus geringem Anlaß leicht Streitigkeiten mit andern Patienten, auch mit Wärtern trotz rücksichtsvollster Behandlung.

Schnell aufbrausend, rasch beruhigt.

Verhalten oft kindisch.

Beurteilung: Reizbarer Psychopath mit körperlichen hysterischen Zeichen. Mangelhafte Erziehung. Durch Verschüttung Verschlimmerung der Erregbarkeit. Zeichen von Schwachsinn. Läßt seinem Affekt die Zügel schießen und glaubt sich dann mit seiner nervösen Erkrankung entschuldigen zu können.

Für die Straftat als unzurechnungsfähig erklärt.

A. v. Heimat.



B. Veranlagungen, Alter, Beruf.

Gehen wir nun den psychischen Anlagen unserer im Heimatsgebiet Erkrankten nach, so zeigt sich, daß bei ihnen eine Geisteskrankheit aus voller Gesundheit heraus überhaupt nicht vorkommt, im Gegensatz zu den Frontpsychosen. Dieser Unterschied erklärt sich wohl hinlänglich aus dem Fehlen übermäßiger plötzlicher Schädigungen (Schreck, Granatkontusionen, Commotio cerebri, akute Gasvergiftung). Vielmehr läßt sich in allen Vorgeschichten, z. T. auch im Körperbefund, eine krankhafte Veranlagung nachweisen. Erst auf dem Boden solcher endogenen Minderwertigkeit erwächst hier jene Überempfindlichkeit resp. Hemmunglosigkeit gegenüber den verlockenden Einflüssen der heimatlichen Umgebung, andererseits ein Gefühl von Schwäche und Unzulänglichkeit gegenüber den unerbittlichen Anforderungen disziplinierter Gemeinschaftsarbeit im Heeresdienst, gesteigert bis zu Angst und Depression bei weichlich-ängstlichen Psychopathen mit femininen oder infantilen Zügen. Hierher gehören die Fälle 1, 2, 11, 14, 15. Bei den übrigen Zustandsbildern steht die hysterische Form der psychopathischen Konstitution im Vordergrunde, stets auch durch körperliche Stigmata erwiesen, z. T. mit Schwachsinn stärkeren oder geringeren Grades verknüpft. Auf dieser Anlage sind an Depressionen Fall 3, 4, 5, 6 sowie die beschriebenen Formen von Stupor (Fall 7, 8, 9), Pseudodemenz (Fall 19, 20), Dämmer- und Erregungszuständen (Fall 10, 12, 13, 16, 17) entstanden.

Hinsichtlich des Alters ist zu bemerken, daß wider Erwarten nicht die alten Jahrgänge das Hauptkontingent derer stellen, die in der Heimat psychisch erkranken, sondern daß es, bis auf einen 41jährigen, alles jüngere Leute zwischen 18 und 32 Jahren, etwa zu gleichen Teilen Verheiratete und Ledige, waren.

Unter den Berufen liefern den Hauptanteil städtische gelernte Handwerker; nur zwei Landleute, 6 ungelernte Arbeiter sind unter den Fällen vertreten.

C. Ursachen.

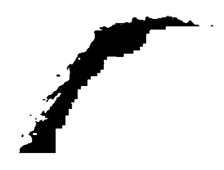
Es bleibt die Ursache aller dieser psychogenen Erkrankungen aufzusuchen. Hier nun ergibt sich aus objektiver, oft auch aus subjektiver Vorgeschichte, z. T. aus späteren Geständnissen eine



auffallende Gleichartigkeit der Verhältnisse und der durch sie erzeugten Gedankengänge, also der psychogenen Faktoren. Es ist die Furcht vor dem Frontdienst (Fall 3, 4, 6, 17), das militärische Milieu im allgemeinen (Fall 1, 5, 8, 10, 11, 14, 19, 20), der Druck bevorstehender Wiedereinstellung zum Frontdienst (Fall 7, 9, 12, 15), allgemeines Unzulänglichkeitsgefühl (Fall 14), Furcht vor Strafe (Fall 2, 16), Konflikt mit Vorgesetzten (Fall 22); kurz fast immer ist es Kriegs- und Heeresfurcht, was im Verein mit dem Wunsch, dem Kriegs- und Heeresdienst zu entgehen, in Fällen krankhafter Veranlagung eine psychotische Reaktion auslöst. Erst in dieser Gleichartigkeit der gerade in der Heimat wirksamen Faktoren liegt eigentlich die Berechtigung zu einer selbständigen Betrachtung der Soldatenpsychosen im Heimatgebiet.

D. Vergleich mit den Schreckpsychosen des Feldes.

Ein Vergleich der Zustandsbilder, die die Schreckpsychosen der Front und die psychogenen Erkrankungen in der Heimat bieten, zeigt deutlich den Einfluß der Eigenart auslösender Ursachen auf das Entstehen bestimmter Krankheitszustände. Unter 34 Fällen von Schreckpsychosen in der Front sah *Kleist* einen einfachen Dämmerzustand, 4 dämmerige Erregungszustände, 6 ängstliche Delirien mit Sinnestäuschungen, 1 Halluzinose, 4 heitere Dämmerzustände, 4 läppische Dämmerzustände (Puerilismus), 3 expansive Dämmerzustände, 12 Stuporzustände. Demnach fehlen unter den Schreckpsychosen die in der Heimat verhältnismäßig häufigen Depressionszustände. Dasselbe gilt für die Pseudodemenzen. Einfache Dämmerzustände (*Ganser*-Formen) sind in der Heimat viel häufiger als unter den Schreckpsychosen. Andererseits fehlen dort die in der Front besonders zahlreichen angstvollen Delirien, die heiteren und läppischen Dämmerzustände. Dieser charakteristische Unterschied im Zusammenhang von auslösenden Ursachen und Zustandsbildern zwischen Heimat und Feld, zwischen Furchtpsychosen und Schreckpsychosen ist besonders hervorzuheben.





Über das Mißtrauen und den sog. Verfolgungswahn der Schwerhörigen.

Von

A. Mercklin, Treptow a. Rega.

Der von *Kraepelin* seit einer Reihe von Jahren abgegrenzte und neuerdings von ihm auch ausführlicher beschriebene Verfolgungswahn der Schwerhörigen ist noch nicht allgemein als eigenartiger Krankheitstypus anerkannt. So wurde *Kraepelins* Auffassung derartiger Krankheitsfälle neuerdings mit der Behauptung bekämpft, daß es sich um „geborene Paranoiker“ handele, bei denen die Schwerhörigkeit entweder „ganz zufällig“ nebenher bestehe, oder nur eine ständige Vermehrung des paranoischen Mißtrauens veranlasse, weil Schwerhörigkeit eine Korrektur der Irrtümer noch viel weniger eintreten lasse als sonst. Bei dieser Sachlage erscheinen weitere Erörterungen über derartige Krankheitsfälle statthaft. Die Fragestellung ergibt sich dahin: ob es paranoiaartige Krankheitsbilder gibt, bei welchem die chronische Schwerhörigkeit in besonders innigem ursächlichem Zusammenhang mit der Krankheitsentwickelung steht, und ferner, ob auch der weitere Verlauf dieser Krankheitsfälle ihre Beschreibung als eigenartiger Krankheitstypus rechtfertigt. Auch das Mißtrauen der Schwerhörigen, die Psychologie der Ertaubten erscheint mir in ihrem Zusammenhang mit psychotischen Zuständen einer Betrachtung wert.

Daß es Krankheitsfälle gibt, welche genau der Beschreibung *Kraepelins* entsprechen, scheint mir keinem Zweifel zu unterliegen. Sie sind nur gerade in Anstalten nicht häufig, fordern auch bei der Schwierigkeit der Verständigung, die meist nur schriftlich erfolgen kann und zeitraubend ist, nicht besonders zu eingehender



Untersuchung heraus. Ich gebe hier zunächst von meinen Beobachtungen diejenige wieder, welche ich seit bald 4 Jahren am häufigsten habe untersuchen können:

Emma H., Näherin, geb. 7. 3. 1849, aufgenommen 22. 6. 1914 (1652), hat keine Anverwandte, steht völlig allein da. Vater war Trinker und schwerhörig, oft ohne Arbeit, ließ sich von der Mutter scheiden, starb 55 Jahre alt. Mutter war nervös, wurde 71 Jahre alt. Eine Schwester hat sich erhängt. 2 Schwestern starben als Kinder, eine in späteren Jahren an Lungenentzündung. 2 Brüder starben früh an „Krämpfen". Pat. war schon als Kind kränklich, litt an „Asthma", war blutarm. Hat die Volksschule durchgemacht, leicht gelernt. Wurde nach der Einsegnung Weißnäherin, „weil sie besondere Liebhaberei für Näharbeiten hatte", arbeitete zu Hause für große Wäschegeschäfte. Menses regelmäßig, aber stark vom 12.—50. Jahre. Zu Beginn der zwanziger Jahre begann das Ohrenleiden auf dem linken Ohr, in den zwanziger Jahren nahm das Gehör auf beiden Ohren ab, es stellten sich starke Ohrgeräusche ein, Brausen und Sausen, wie bei großem Sturm. Ein Arzt wurde nicht befragt, da Pat. von ärztlicher Behandlung abgeraten wurde. Pat. trug die fertiggearbeitete Wäsche selbst in die Geschäfte, war aber beim Betreten der Straßen ängstlich, weil sie so wenig hörte, und fürchtete, umgestoßen und überfahren zu werden. War deshalb sehr niedergedrückt. Der Mann ihrer verheirateten Schwester, ein Fleischer, war Trinker und kam oft angetrunken in die Wohnung der Pat., wo er umherpolterte und schimpfte. Dadurch hatte Pat. neue Gemütsbewegungen. Als sie 30 Jahre alt war, kam dieser Schwager wieder einmal stark angetrunken und suchte ihre wertvolle Tischnähmaschine umzuwerfen. Pat. sprang hinzu und konnte gerade noch verhindern, daß die Maschine durch Aufschlagen auf den Boden zertrümmert wurde. Sie glaubt sich durch Aufrichten der schweren Maschine den Unterleib beschädigt zu haben, fühlte einen „schmerzhaften Ruck im Kreuze", litt seitdem an Blasenbeschwerden, machte auch eine Kur im Krankenhause durch. Seitdem leide sie an „Unterleibsschwäche", müsse den Leib warm halten, könne nicht alle Speisen essen, habe gurrende Geräusche unter dem linken Rippenbogen. Seit dem 35. Lebensjahre war Pat. so taub, daß sie sich nicht mehr allein auf die Straße wagte und sich die Wäsche zum Nähen von andern Personen zutragen ließ. Als sie 40 Jahre alt war, starb ihre Mutter, mit der sie zusammen gewohnt hatte. Sie lebte von nun ab mit ihrer Schwester und jenem Schwager zusammen. Es kam ihr nun allmählich so vor, als ob sie den Geschwistern, namentlich dem Schwager, zur Last sei. Sie bezog einzelne Aussprüche des heftigen und trunksüchtigen Schwagers auf sich, z. B. wenn er sagte: „Ist denn die Butter schon alle?" — „Ist denn das Brot alle?" Man hielt sie „wohl für einen Vielfraß", wollte sie los sein. Sie gebe zu, daß sie empfindlich sei und leicht etwas auf sich beziehe. 44 Jahre alt, ließ sie sich daher in das



Armenhaus aufnehmen und blieb, obwohl ihre Schwester sie zur Rückkehr überredete, vier Jahre im Armenhause. Erst dann kehrte sie nach Zureden der Schwester in die Geschwisterfamilie zurück. Sie ernährte sich weiter kümmerlich durch Nähen und war durch ihre vollkommene Taubheit und das andauernde Ohrensausen sehr niedergedrückt. 1912 starb der Schwager. Für die fast 70jährige Schwester traten dadurch Nahrungssorgen ein, und diese beschloß, sich das Leben zu nehmen, erhängte sich auch in der Tat 1913, nachdem sie noch zuvor Pat. überredet hatte, das gleiche zur selben Zeit zu tun. Emma H. konnte sich jedoch, nach einem schwächlich durchgeführten Versuch, nicht zu dieser Tat entschließen. Sie wurde nun von der Armenverwaltung dem Siechenhause in St. zugeführt. Sie hatte bis zuletzt genäht, aber weniger geschafft. Als sie ins Siechenhaus kam, sagte eine der alten Siechen, in deren Stube sie gelegt wurde: „Ich kenne Sie, Sie sind aus Fo. (Stadtteil)." Das war Pat. „befremdlich". Bald kam es ihr auch so vor, als ob die andern siechen Frauen Bemerkungen über sie machten. Sie glaubte zu hören: „Da steht sie nun schon im Korridor und klatscht"; später hörte sie: „Mit solch altem tauben Mensch müssen wir in einer Stube sein"; noch später: „Scher' dich raus, altes Mensch." Es war ihr auch so, als ob die andern drohende Gesichter machten und mit ihren Fäusten und Krückstöcken drohten. Sie wandte sich deshalb an den Inspektor, welcher in die Stube kam und alle zur Ruhe und zum Friedenhalten ermahnte. Wenn sie wegen „Schwäche" lag, sagten die andern, so daß sie es hören konnte: „Nun liegt das faule Stück schon wieder — die verstellt sich bloß." Sie steckten auch die Köpfe zusammen, lachten und kicherten, und wenn Pat. einmal nähte, stellte sich eine vor sie hin und sagte: „Zu Ihnen kann man sagen, was man will, Sie hören es doch nicht." Nach fünfmonatigem Aufenthalt im Siechenhause wurde Pat. ins Krankenhaus übergeführt. Auch dort wurde bald über sie geschimpft. Pat. glaubt, daß eine Krankenschwester Martha aus dem Siechenhause ins Krankenhaus gekommen sei und dort „aus Rache" Ungünstiges über sie erzählt habe, z. B. daß sie im Siechenhause zu viel Papier in den Klosetttrichter gesteckt und die Spucknäpfe im Zimmer nicht gereinigt habe, beides sei nicht wahr gewesen. Über diese Anschuldigung habe sich Pat. früher auch beim Inspektor beschwert gehabt, und die Krankenschwester habe vermutlich deshalb einen Verweis bekommen und sei ihr nun nicht freundlich gesinnt. Das habe sie aus dem Aussehen der Schwester geschlossen (auch das Erhaltenhaben des Verweises). Die Schwester habe dann auch schon im Siechenhause gesagt: „Sie kommen raus aus der Stube." Auch im Krankenhause sei sie „schikaniert" worden. Die Kranken drohten bisweilen mit dem Finger und sprachen Schimpfworte aus, welche sie nicht verstehen konnte. Sie sah „an den Lippenbewegungen", daß es Schimpfworte waren. Nach 5 Wochen (22. 6. 14) wurde Pat. in die P. H.-Anstalt Treptow übergeführt. Sie war völlig orientiert und geordnet, es sei ihr unfaßlich, weshalb man sie hierher bringe. Wahrscheinlich seien



die Armen- und Siechenhäuser überfüllt, und man benutze jetzt auch solche Anstalten zur Unterbringung schwacher Kranker.

Kleine, blasse, dürftig ernährte Frau. Kopf nicht auffallend geformt. Umfang 51 cm. Pupillen, Sprache, Reflexe, allgemeine Motilität, Sensibilität ohne krankhaften Befund.

Lungenemphysem, bronchitische Geräusche. Herz o. B., Puls 72, regelmäßig, keine erhebliche Wandverhärtung der tastbaren Arterien. Blutdruck: maximal 140, minimal 95. Unterleib im allgemeinen druckempfindlich, sonst kein abnormer Befund. Urin: o. B.

L. Ohr völlig taub. Rechts bei starkem Hineinschreien noch einzelne Worte verstanden. Stimmgabel beim Aufsetzen auf den Scheitel überhaupt nicht wahrgenommen, wird beim Aufsetzen auf die Warzenfortsätze beiderseits gehört, nicht durch Luftleitung vor den Ohreingängen. Trommelfelle beiderseits erhalten, ohne Narben, ohne Kalkeinlagerungen, blaß. Hammergriffe in allen Konturen erkennbar. Pat. klagt, daß sie täglich in beiden Ohren, namentlich im rechten, Sausen habe. Es sei bald ein Sausen und Zischen, als wenn Wasser koche, dann wieder ein Blasen wie ein Sturm. Dazwischen treten kurze Pausen ein, namentlich nachts. Die Menschen glaubten immer, daß sie nichts höre, — aber dazwischen verstehe sie doch einzelne Worte. Verständigung mit Pat. ist nur durch Zeichen und mit Schrifttafel möglich.

Pat. zeigt etwas ängstliches, gedrücktes Wesen, beschäftigt sich gern mit Handarbeit und Lektüre, liegt aber oft zu Bett, angeblich weil sie ein unsicheres Gefühl im Leibe hat, das am schnellsten vergeht, wenn sie im Bett liegt und sich warm zudeckt. Beobachtet genau den Verdauungsvorgang, berichtet über öfteres Aufstoßen, lautes Gurren unter dem Rippenbogen, das wohl die Nachbarn störe. Keine Krankheitseinsicht für die psychische Störung.

VII. 14. Will hier bald bemerkt haben, daß die andern Kranken sie nicht mögen, weil sie zu schwächlich sei, durch das Gurren und Aufstoßen wohl nachts die Bettnachbarn störe. Sie sei unbeliebt, weil sie als Taube laut spreche. Diese haben ihr das durch Blicke und durch Zeichen mit den Händen auch schon deutlich zu verstehen gegeben. Auch die Pflegerinnen sind ihr nicht gut gesinnt, mögen so eine schwache Kranke nicht, seien auch verärgert, seitdem sie einmal einen Kamm verlangte, der verlegt war. Die Abteilungspflegerin habe im Vorübergehen gesagt: „Altes Mensch" oder „Warte, wir wollen es dir schon besorgen!" Sie meinte, man wolle sie von der Abteilung forthaben. Die Pflegerinnen und Kranken seien wohl der Meinung, daß sie nicht höre, aber zuweilen „tue sich ihr rechtes Ohr wieder ganz auf", und dann höre sie einzelne Worte und ganze Sätze doch. So habe sie das Wort „Maul" gehört.

XI. 14. Bish… …ichbleibender einförmiger Beziehungswahn mit …nzelten Ge… …gen und Klagen über Ohrensausen. Jetzt

häufigere Trugwahrnehmungen des Gehörs, stets in demselben Sinne („altes Mensch — du mußt fort!"), wird dadurch ängstlicher. Kein Negativismus, keine Stereotypien. Wird auf einen andern Wachsaal versetzt, wo bald Beruhigung und zutraulicheres Wesen zu den Pflegerinnen eintritt. Zu den Ärzten wie früher stets vertrauensvoll, spricht sich über ihre Beobachtungen und Wünsche bei der Unmöglichkeit der mündlichen Verständigung gern in langen, schriftlichen Berichten aus, welche durchaus fließend und zusammenhängend geschrieben sind und beweisen sollen, daß sie unschuldig ist und nichts Böses im Schilde führt. Beschäftigt sich mit Handarbeiten, Nähen, Flicken, ist besonders dankbar für Bücher und Zeitschriften mit Bildern, welche die Ärzte ihr zuführen.

XII. 14. Beklagt sich wieder über andere Kranke, welche an ihr Bett herantreten, durch Handbewegungen andeuten, daß man sie nicht möge, daß sie hier fortmüsse. Läßt sich oft versichern, daß sie hier und auf derselben Abteilung bleiben dürfe. Glaubt, daß über sie gesprochen wird. Bemerke das an Blicken und Lippenbewegungen. Hörte auch deutlich „altes Mensch" und „mußt rausgebracht werden".

1915. — Unverändert, Glaubt, daß ihr „Fallen" gestellt werden, damit sie von der Abteilung weggebracht werden könne. Es bleibe öfters eine Haarnadel auf dem Tische liegen. Man erwarte wohl, daß sie die Nadel an sich nehmen werde, um sie dann als Diebin hinzustellen. Sah einmal, wie eine Pflegerin eine solche Nadel einsteckte, die „Falle" sei also wohl von der Pflegerin gestellt.

III. Beobachtet sich selbst und die Umgebung sehr genau. Nachts habe sie achtmal aufhusten müssen, jedesmal habe sich die Bettnachbarin unwillig in ihrem Bett umgedreht. Sie werde durch das Husten unbeliebt. Wenn sie am Tage das Gurren habe, nicke die Nachbarin jedesmal bedenk-ich. Sei den andern ein „Dorn im Auge". Sehe viel böse Blicke, drohende Fäuste, wegwerfende Gesichter. Befürchtet stets, daß man sie forttun werde. Hin und wieder vereinzelte Gehörstäuschungen, stets desselben Inhalts. Zuweilen ist die mißtrauische Stimmung eine mehr ängstliche, namentlich wenn das „Gurren" stärker ist. Fragt dann Hauptpflegerin und Arzt, zu denen sie dauernd volles Zutrauen hat, ob das nicht Schlimmes zu bedeuten habe. Für therapeutische Ratschläge und Erlaubnis, zu Bett liegen, Umschläge machen zu dürfen, stets sehr dankbar. Nahrungsaufnahme regelmäßig, nie Vergiftungsvorstellungen. Schlaf regelmäßig.

Gesamtzustand von großer Einförmigkeit, Pat. fällt äußerlich wenig auf, ist freundlich, nie erregt und heftig, nur zeitweilig etwas ängstlich und gespannt, zeitweilig auch mehr um ihre „Unterleibsschwäche" besorgt.

1916. — Völlig gleichbleibender Zustand. Zutrauen zu Hauptpflegerin und Ärzten bleibt erhalten. Bei gleichbleibender Umgebung und Bedienung beruhigt. Gegen neueintretende Kranke, neue Pflegerinnen jedoch sofort mißtrauisch, fürchtet, daß diese sie nur um den ruhigen Aufenthalt auf

der Abteilung bringen, durch Verleumdungen bei den Ärzten ihre Versetzung bewirken werden. Macht dann „nicht mißzuverstehende Wahrnehmungen", „merkt" es. Die oder jene neue Kranke sei an ihr Bett getreten, habe etwas gesagt. „Ich habe es wohl nicht verstanden, aber es kann nur das gewesen sein. Ich sah es an den Blicken, an den Handbewegungen". Will aber auch dazwischen, „wenn das rechte Ohr aufgeht", gehört haben: „Altes Mensch — alte Sau —, du mußt fort." Zeitweilig ganz leidliche Wochen mit fleißiger Beschäftigung, mehr Zufriedenheit, sehr dankbar für schriftlichen Zuspruch und Freundlichkeiten. Sagt dann: „*Ich* will auch vertrauen, ich weiß, die Ärzte meinen es gut mit mir." Für Beziehungswahn und Gehörstäuschungen keine Krankheitseinsicht, nur für die allgemeine nervöse Schwäche.

1917. — Ist sehr wärmebedürftig. Bemerkt jetzt, daß die ihr feindlichen Pflegerinnen, welche sie von der Abteilung wegbringen wollen und dies doch — des Wohlwollens der Ärzte wegen — nicht können, ihr durch Kälte schaden wollen. Die Pflegerin Else habe einen geheimen Haß gegen sie, und da alle Pflegerinnen zusammenhalten, sei sie bei allen unbeliebt. Die Bäder werden nicht warm genug gegeben, im Abort steht das Fenster offen, und es zieht, man macht kalten Zug an ihrem Bett, lüftet absichtlich mit dem ihr besonders nahen Fenster. Das ist geheime Rache, weil sie einmal Ungerechtigkeiten der Schwestern angezeigt habe. Die Pflegerinnen sind alle unter einer Decke, sie wird „heimlich gehaßt". Auch die Kranken sind oft unfreundlich, zeigen ihr, daß man sie nicht mag, reißen die Tür auf, wenn sie den Abort benutzt, rufen etwas hinein, was sie nicht versteht, oder rufen: „Altes Aas — mußt fort — wir räumen bald dein Bett aus."

In äußerem Verhalten, fleißiger Beschäftigung, Interesse für alle Mitteilungen, Lektüre usw. unverändert. Durch Zuspruch zu beruhigen.

1918. — Wie früher mißtrauisch. Fürchtet noch immer, daß man sie bald aus der Abteilung verweisen wird, weil sie heimlich gehaßt wird, weil sie den andern Kranken durch Aufstoßen und Gurren in der Nacht lästig wird (dies wird von den andern nicht bemerkt). Ihr fällt auf, daß die Pflegerinnen lachen, wenn bei kühler Außentemperatur ein Fenster offensteht. Fürchtet Schädigung durch absichtlich herbeigeführte Kälte. Alle diese Befürchtungen werden nicht täglich, sondern in gewissen Zeitabständen und dann stärker, affektvoller geäußert. Läßt sich durch Zuspruch ruhiger stimmen. Selten Gehörstäuschungen wie früher. Klagen über Ohrensausen a. B. Klagen über „Unterleibsschwäche". Äußerlich völlig geordnet, über Ort und Zeit, alle umgebenden Personen, die Zeitereignisse völlig orientiert. Keine Gedächtnisstörung. Kein Nachlassen der Affektivität. Gern für sich, ohne sich jedoch abzusperren, schreibt gern an den Arzt über ihre Beobachtungen. Stets dankbar, wenn man sich ausführlich mit ihr beschäftigt, ihr Trost zuspricht, ihr Lektüre bringt.

Bei den öfters vorgenommenen ausführlichen Befragungen fällt jetzt



wie früher auf, daß Pat. einzelne der schriftlichen Fragen langsam auffaßt, mißversteht, so daß sie, um eine befriedigende Antwort zu erlangen, mehrmals wiederholt werden müssen. In mehreren Fälle zeigte sich dabei, daß Pat. die neue schriftliche Frage nicht beachtete, sondern im Sinne früherer Fragen fortfahrend die Antworten gab. Sie wird z. B. im Laufe der Sitzung nach den Gehörstäuschungen befragt, antwortet aber zunächst immer noch über Einzelheiten ihrer „Unterleibsschwäche", geht erst nach mehrmaliger schriftlicher Wiederholung der Frage auf die Schimpfworte ein, die sie zuweilen zu vernehmen glaubt.

Einmal äußerte Pat., sie sei zu aufgeregt, um immer richtig zu antworten. Jedesmal, wenn sie ins Untersuchungszimmer geführt werde, glaube sie, daß jetzt etwas Besonderes sich ereignen würde, daß man sie jetzt aus der Abteilung fortbringen werde.

In dem angeführten Fall klagt die Kranke nicht mehr so viel über die andauernden Ohrgeräusche. Meist stehen diese Klagen indessen mehr im Vordergrunde. Ich gebe hierzu ein Beispiel in starker Verkürzung.

Frau J., 56jährige Wäscherin, Witwe, seit vielen Jahren auf beiden Ohren hochgradig schwerhörig. Über Heredität nichts Genaueres bekannt. Seit Jahren völlig alleinstehend und in kümmerlichen Erwerbsverhältnissen. Hatte stets peinigende Ohrgeräusche, Sausen, Zischen, auch nachts. Bemerke seit längerer Zeit (Jahre), daß die Leute sie mißachteten, ihr dies durch ihr ganzes Verhalten zu verstehen geben. Hörte dann auch Schimpfworte rufen, die sie auf sich bezog (alte Sau! — Diebin!). Wurde zuletzt heftig gegen die Umgebung, von welcher sie sich beschimpft fühlte, kam deshalb ins Krankenhaus und in die Anstalt. Ist vollständig besonnen und geordnet, fleißig, beschäftigt, hat Interesse für Umgebung und Zeitereignisse. Keinerlei Hinweise auf manisch-depressive Zustände, keine charakteristischen Anzeichen für Schizophrenie. Hält sich in der Anstalt auch für „verachtet" von Pflegerinnen und Kranken, hört hin und wieder „häßliche Zurufe", die von der Umgebung ausgehen und so häßlich seien, daß sie dieselben nicht wiederholen könne. Hält sich deshalb von den andern Kranken zurück. Den Ärzten gegenüber vertrauensvoll, sucht gern lange Gespräche mit denselben, bringt ihre Klagen vor, daß sie Beschuldigungen höre und daß sie doch unschuldig sei, nichts getan habe. Läßt sich durch Zuspruch auffallend beruhigen, wird zeitweise freier und auch für andere zugänglicher. Klagt den Ärzten aber auch stets über die Ohrgeräusche, die unerträglich seien. Ob es denn gar keine Mittel gebe, um die Ohrgeräusche zu beseitigen? Zeitweilig werden die Geräusche stärker. Pat. zeigt dann förmliche Krisen. Wirft sich aufs Bett, weint, wühlt mit dem Gesicht in den Kissen. Fragt, warum man sie so sehr verachte und strafe, sie habe doch nichts getan. Meint dann, daß die Ärzte

ihr nicht die Mittel geben wollen, welche die Geräusche beseitigen, man habe wohl Schlechtes über sie berichtet. Das sei doch eine zu harte Strafe. Keine Halluzinationen in andern Sinnesgebieten. Zuweilen Gelenkschmerzen, welche indessen nicht im Sinne des Schädigungswahns gedeutet werden. Keine Krankheitseinsicht. Keine Weiterentwicklung des Wahns. Öfters leichte Remissionen. Zustand innerhalb der 1½ jährigen Beobachtungszeit völlig gleichbleibend.

Bemerkenswert war der zur Zeit der Krisen vorhandene starke Selbstmordtrieb der Kranken. Sie mußte dann genau überwacht werden.

In ähnlicher Weise wie bei dieser Kranken war auch bei anderen zeitweilig unter starker Steigerung der Ohrgeräusche und der gleichzeitig bestehenden Gehörstäuschungen die Stimmung so verzweifelt und ängstlich, daß Selbstmordneigung hervortrat.

Die Kranken klagten, daß das Rasseln und Sprechen im Sinne der Verachtung und Verfolgung so zunehme, daß sie ins Wasser gehen oder sich den Hals abschneiden müßten. Äußerlich kennzeichnen sich diese Krankheitsfälle daher bald als dauernd gleichmäßig und ruhig verlaufend, andernfalls wieder als durch zeitweilige Erregung ausgezeichnet. Sie sind — das ergibt ihre sorgfältige Verfolgung — weder eine Erscheinungsform der Schizophrenie, noch Teilerscheinung eines manisch-depressiven Irreseins, sie decken sich auch nicht mit toxischen und progressiven, senilen, arteriosklerotischen Erkrankungen. Symptomatologisch können sie nur als eine paranoide Reaktion selbständiger Art aufgefaßt werden. Die psychogene Entwickelung des Krankheitsbildes ist dabei verständlich und durchsichtig. An der Wurzel des psychotischen Vorgangs findet sich eine affektbetonte Vorstellungsgruppe, der Komplex der körperlichen Minderwertigkeit und sozialen Behinderung durch die Taubheit. Daraus entspringt die — mitunter auch durch vereinzelte richtige Beobachtungen verstärkte — Befürchtung des Lästigfallens im Verkehr und eine dauernd mißtrauische Einstellung gegen die Umgebung. Nun erfolgen wie bei anderen paranoischen Krankheitsbildern falsche Deutung der Wahrnehmungen, krankhafte Eigenbeziehung, Wahnideen der Beeinträchtigung mit einer gewissen Verknüpfung und Systematisierung, endlich auch dem affektiv betonten Komplex entsprechende, der Quantität nach sich nicht in den Vordergrund drängende Trugwahrnehmungen des Gehörs. Unzweifelhaft erscheint dabei



die Befestigung des psychotischen Krankheitsbildes durch die Schwerhörigkeit und die Ohrgeräusche begünstigt.

Im einzelnen ist folgendes zu bemerken. Bezüglich der Entstehung bietet der Verfolgungswahn der Schwerhörigen ein gutes Beispiel dafür, daß zahlreiche Faktoren zusammenwirken müssen, um das Krankheitsbild zur Erscheinung zu bringen. Bei der Seltenheit des V. d. S. und der Häufigkeit der Taubheit ist ohne weiteres ersichtlich, daß es weiter noch besonderer Bedingungen bedarf, um diese Psychose zu erzeugen. Hier steht als zweiter Faktor eine besondere nervöse Veranlagung an erster Stelle. So sehr wir auch durch allgemeine Überlegungen zu ihrer Annahme gedrängt werden, ist doch über die Natur derselben wenig bekannt. Gerade bei den hier in Betracht kommenden Kranken handelt es sich meist um alleinstehende Personen, bei welchen die objektiven anamnestischen Angaben uns im Stich lassen. Bei mehreren meiner Kranken konnte ich Belastung durch Trunksucht beim Vater feststellen, über die seelische Artung der Erkrankten selbst im Vorleben war aber wenig zu erfahren. Nach den spärlichen Angaben, welche zu erhalten waren, schien es sich um schon früher mehr ängstliche, bescheidene und wenig selbstsichere Persönlichkeiten zu handeln. Eine gewisse Neigung zu hypochondrischer Selbstbeobachtung schien ihnen schon längere Zeit eigen gewesen zu sein. Ob diese letzte Neigung indessen ganz der ursprünglichen Veranlagung angehörte oder durch das Ertauben heraufbeschworen war, ließ sich nicht mit Sicherheit bestimmen. Schwerhörige und Taube, denen die Verbindung mit der Außenwelt eingeschränkt wird, pflegen ja überhaupt den Vorgängen am eigenen Körper größere Aufmerksamkeit zu schenken, wie sich bei ihnen auch eine verschärfte Erfassung der Außenwelt durch die noch funktionsfähigen Sinnesorgane in derselben Weise geltend macht, wie wir dies bei den Erblindeten kennen. Trotz dieser aushelfend gesteigerten Tätigkeit anderer Sinnesorgane bleibt die Störung der Beziehungen zur Außenwelt gerade bei den Schwerhörigen und Tauben doch eine sehr erhebliche. Als Wurzel der Krankheit ergibt sich nach *Kraepelin* dann das Gefühl der Unsicherheit und des Mißtrauens, welches diese Unterbindung der normalen Beziehungen zur Außen-



welt bei den Schwerhörigen zeitigt. Das Mißtrauen, die Bereitschaft zum Beziehungswahn wird von vielen medizinischen Schriftstellern als eine bei chronisch Schwerhörigen sehr verbreitete Eigenschaft bezeichnet. So lese ich noch eben in einem Aufsatz von *Neutra*: „Der Blinde ist ruhig, heiter, sympathisch, der Taube dagegen ist oft böswillig, argwöhnisch und wirkt lächerlich." In dieser Verallgemeinerung halte ich die Beobachtung für nicht richtig und die Psychologie der Schwerhörigen für zu kurz erledigt. Offenbar haben Bilder von Schwerhörigen bestimmter Kategorie, die sich besonders eindrücklich einprägen, hier zu einer nicht gerechtfertigten Verallgemeinerung geführt. Vermutlich sind es die senil Schwerhörigen, welche dies Urteil veranlaßt haben. Bei ihnen wird das Mißtrauen wohl durch die Schwerhörigkeit mit unterhalten, ist aber schon an sich ein Symptom der zentralen organischen Veränderung, das auch ohne gleichzeitige Schwerhörigkeit beobachtet wird. Bei den sonstigen Fällen chronischer Schwerhörigkeit ist aber hauptsächlich die ursprüngliche psychische Eigenart entscheidend dafür, ob Mißtrauen bei Verlust der Hörfähigkeit eintritt, und das Mißtrauen ist bei Schwerhörigen durchaus nicht so häufig. Bei 22 nicht senilen, mir genau bekannten Schwerhörigen, die ich augenblicklich aus meinem Bekanntenkreise zusammenstellen kann, finde ich ein gewisses Mißtrauen nur bei 3 Personen, die übrigen sind in ihrem Wesen unauffällig, zum Teil heitere und fröhliche Menschen. Die drei mißtrauischen sind alle nervös veranlagt, der eine Fall zeigt leicht zyklothyme Züge, die beiden anderen zeigen hysterische Eigenschaften und sind von jeher reizbar. Um über die Verbreitung des Mißtrauens bei Schwerhörigen auch aus breiter otiatrischer Erfahrung ein Urteil zu hören, habe ich mich an Herrn Dr. *Haenlein* in Berlin gewendet und freundliche Auskunft erhalten, für welche ich auch an dieser Stelle danke.

Herr Dr. *Haenlein*, welcher als Vorstandsmitglied des Schwerhörigen-Vereins Hephata und durch seine Tätigkeit als Ohrenarzt über ein reiches Material verfügt, hält die Annahme, daß chronisch Schwerhörige in der Regel mißtrauisch sind bzw. werden, kaum für richtig. Zwar ist das Mißtrauen häufig vorhanden, besonders wenn die Schwerhörigkeit so weit fortgeschritten ist, daß die Betreffenden das Unvermögen fühlen, an der Unterhaltung mit Hörenden teilzunehmen. Dieses Mißtrauen möchte



Haenlein als ein sehr häufiges Anfangsstadium bezeichnen. Der Schwerhörige versteht falsch, komisch wirkende Verwechslungen entstehen, die Vollhörenden lachen — der Schwerhörige ist gekränkt, daß man zu seinem Leiden noch lacht, vermutet dann oft, wenn es gar nicht der Fall ist, daß man sich über ihn lustig macht. Er wird mißtrauisch, verkriecht sich in sich selbst, will keinen Anlaß geben, daß seine Angehörigen sich abplagen, ihm das Gesprochene verständlich zu machen, vereinsamt, wird verbittert. Ein recht großer Teil aber — so beobachtete Dr. *H.* — gesundet psychisch wieder, lernt sich mit dem Leiden abfinden und bekommt die Heiterkeit des Gemüts und innere Ruhe wieder. Die Mehrzahl der Vereinsmitglieder der Schwerhörigen-Vereine sind heitere Menschen.

Bei den zahlreichen jetzt ertaubten Kriegern hat Dr. *H.* die gleichen Erfahrungen machen können. „Einige sind verbittert, möchten sich verkriechen wie weidwunde Tiere, andere kommen leichter darüber hinweg oder suchen das glauben zu machen.“

Es ist in diesem Zusammenhange von Interesse, die Wirkung des Ertaubens an geistig besonders hochstehenden und genialen Menschen zu studieren. Auch hier zeigt sich in bezug auf die Entwickelung des Mißtrauens die ausschlaggebende Wirkung der ursprünglichen seelischen Anlage.

Ein oft angeführtes, ergreifendes, aber auch falsch gedeutetes und bewertetes Beispiel ist das Ertauben des genialen Beethoven. „Die Taubheit Beethovens“, sagt *Feis*, „gibt uns den Schlüssel zur Wesensart des Meisters: die tiefe seelische Depression der Schwerhörigen, die mit Selbstmordgedanken einhergehende Melancholie, der krankhafte Argwohn, die Reizbarkeit sind dem Ohrenarzt wohlbekannte Krankheitsbilder.“

Hier ist m. E. die originäre seelische Anlage B.s nicht genügend berücksichtigt, und es muß richtiger heißen: Der Schlüssel zum Verständnis von Beethovens Eigenart liegt in der Vereinigung von Genialität mit einer nervös-psychopathischen Konstitution. Bei einer solchen seelischen Anlage mußte die Reaktion auf das hereinbrechende, zu voller Taubheit fortschreitende Gehörleiden (Sklerose des Mittelohrs) naturgemäß eine äußerst schwere sein. — B.s Vater konnte keine sichere Lebensführung finden und war dem Trunk ergeben, die Mutter war kränklich. Ludwig v. B. (geb. 1770) zeigte schon als Kind neben der außerordentlichen musikalischen Begabung Eigenheiten, so z. B. Zustände von Versunkenheit, in welchen er die Vorgänge der Umgebung nicht beachtete. Seine psychopathische Anlage trat namentlich hervor in der außerordentlichen Heftigkeit seines Affektlebens. „Die Gewalt seiner Affekte, die wie vulkanische Naturkräfte aus seiner Seele hervorbrachen, trieben ihn gern in alle möglichen Extreme, die zuweilen rasch ineinander überschlugen. Er wußte maßlos zu lieben und ebenso maßlos zu hassen, er konnte bis zur Schroffheit beleidigen und verletzen und war gleich darauf der vernich-



tende Richter und Ankläger seiner selbst. ... Alle ihm Nahestehenden haben es schwer mit ihm gehabt" (*Leitzmann*). Neben weltunerfahrener Kindlichkeit zeigte er grotesk-kraftgenialische Umgangsformen, krausen Witz, sonderbaren Humor, einen wunderbaren Idealismus. Die ersten Anzeichen einer Herabsetzung des Gehörs zeigten sich 1799. Es bestanden in den nächsten Jahren Ohrgeräusche, ein „Sausen und Brausen" Tag und Nacht. Starke Schalleindrücke, lautes Sprechen wurde unangenehm empfunden. Wie viele Personen mit beginnender Seh- oder Hörstörung suchte B. sein Leiden anfangs zu verheimlichen. In dem bekannten Briefe vom 1. Juni 1800 an seinen Freund Amenda spricht sich die bange Ahnung der unheilbaren Taubheit aus, ebenso in einem Briefe an Wegeler vom Juni 1800. Im November 1800 klagt er brieflich gegen Wegeler über seine abnehmende Kraft, aber er will sich nicht vom Schicksal niederbeugen lassen, will „dem Schicksal in den Rachen greifen". Die Ohrgeräusche ließen nach, aber das Hörvermögen sank unter Schwankungen unaufhaltsam. In ländlichem Aufenthalt und einer Badeanstalt zu Heiligenstadt bei Wien suchte v. B. im Sommer 1802 Besserung seines Leidens. Als der Herbst kam, ohne Erleichterung zu bringen, schrieb v. B. in tiefer Verzweiflung das oft besprochene, ergreifende „Heiligenstädter Testament". Er gesteht hier, daß er nahe daran gewesen sei, sein Leben selbst zu enden. Er will weiter leben, um der hohen Kunst schaffend zu dienen. — Unsterbliche Werke entstanden auch weiter, aber die nervösen Eigentümlichkeiten des Meisters erfuhren eine sichtliche Steigerung: sein brüskes, mürrisches Wesen, seine Neigung zum Alleinsein, zur Verschlossenheit. Berichte über ungewöhnlichen Argwohn, hochgradiges Mißtrauen B.s sind mehrfach überliefert. Es ist auch hier nicht zu übersehen, daß neben der nervösen Anlage und der völligen Taubheit (seit 1814 konnte B. nur mit Gebrauch der Schrifttafel Gespräche führen) auch äußerst ungünstige äußere Verhältnisse einwirkten. Widerwärtige und niederdrückende Erlebnisse mit den Anverwandten (Episode mit dem Neffen Karl), Prozeßangelegenheiten, Finanznöte mußten seine Verstimmung verstärken, liebevolle Fürsorge fehlte dem in allen praktischen Angelegenheiten kindlich-unerfahrenen Manne zumeist. So sehen wir auch hier das pathologisch gesteigerte Mißtrauen eines genialen Schwerhörigen nicht allein durch die Taubheit, sondern durch Anlage und umgebende Umstände hervorgerufen.

Ein Großer auf anderem Gebiet, der Geschichtsforscher und Politiker Heinrich v. Treitschke, hatte sein ganzes Leben lang gegen frühzeitig beginnende Taubheit schwer zu kämpfen. Nach einer Masernerkrankung im 9. Lebensjahre begann das Leiden. Wenn auch Niedergeschlagenheit sich wiederholt geltend machte, konnten weder die zahlreichen Rückfälle, noch die nach damaligem Wissensstande sehr schmerzhaften und langwierigen Kuren, noch die immer mehr sich voller Taubheit nähernde Hörstörung die Fröhlichkeit, die Lebensfreude und den Schaffensdrang des

Studenten, des Dozenten und weiter des gefeierten akademischen Lehrers unterdrücken. Hoffnungsvoller Sinn und zielbewußter Wille bildeten hier die glückliche Erbanlage des Ertaubenden (vgl. die Briefe v. T.s, herausg. von Max Cornicelius, und die Biographie von Th. Schiemann). In reichem Maße trat das Auge für das erkrankte Gehör ein, in Natur und Kunst, auf Reisen und Wanderungen, am Studiertisch. In dem Heldenkampfe gegen ein schweres physisches Gebrechen, in dem glühenden Verlangen, zu schaffen und zu nützen, vor allem mitzubauen an der Größe und Herrlichkeit des Vaterlandes, kam es nicht zur Entwicklung von Mißtrauen. „Im Umgang mit Menschen war er bequem, immer eher geneigt, das Beste anzunehmen als mißtrauisch zu sein" (Schiémann). v. T. hat es vermocht, in dem Gedicht „Krankenträume" (Gedichte S. 96) die Geschichte seines Gehörleidens in poetischer Form wiederzugeben. Nach ergreifender Schilderung der zunehmenden Stille und Öde, welche ihm das Leiden brachte, rafft er sich am Schluß zu mutvoller Lebensbejahung auf („Und schaffen sollst du, wie der Beste schafft, des Mutes Flammentröstung sollst du singen, in kranke Herzen singen junge Kraft ...... kein Leiden, das nicht die Tröstung in sich trüge").

Es darf nicht übersehen werden, daß in diesem Gegenbeispiel die gesunde, willensstarke Charakteranlage, welche der chronischen Taubheit in ihren Auswirkungen entgegentrat, auch durch glückliche äußere Umstände unterstützt wurde. Feinfühlige, liebevolle Einwirkung naher Angehöriger begleitete den Lebensgang v. T.s, und er wurde frühzeitig von den Fittigen des Erfolges getragen.

Es ist an dieser Stelle auch zu erwähnen, daß einzelne Lebensstellungen durch die mit ihnen verbundene gesteigerte Gelegenheit zu Konflikten, besonders zur Entwicklung von Mißtrauen bei eintretender Schwerhörigkeit disponieren. Ertaubende Lehrer, Beamte, Vorgesetzte aller Art tragen unter stärkerem Affekt an dem peinlichen Hörmangel. Bei ihnen sehen wir öfters einen Grad von Mißtrauen sich entwickeln, in welchem wir rudimentäre Anfangsformen zum Verfolgungswahn der Schwerhörigen erblicken können.

Beispiel: 44jährige Aufseherin. Seit 8 Jahren zunehmende Schwerhörigkeit bei Otosklerose. Im Dienste tüchtig, in ihren Anforderungen an die Untergebenen sehr exakt. In letzter Zeit infolge der Schwerhörigkeit vielfach Mißverständnisse und Konflikte. Sieht Unterlassungen und Übertretungen der Untergebenen, wo solche nicht vorliegen, findet in den harmlosesten Sachen etwas, glaubt, man will ihr zu nahe treten, zeigt hartnäckiges Mißtrauen, glaubt, daß man absichtlich ihre Schwerhörigkeit ausnutzt. Gibt beim Verhören nicht zu, daß sie unrichtig gehört hat. Wird reizbar. Zustand nicht progressiv. Bei Hinzukommen neuer Vor-





gesetzter, welche sie eingehend belehren, eher Besserung des krankhaft gesteigerten Mißtrauens.

Wir sind durch dieses Beispiel schon zu den äußeren Umständen gelangt, die weiter für die Entwicklung oder das Ausbleiben des Mißtrauens bei Schwerhörigen sicher von Bedeutung sind.

Es ist bekannt, daß die Schwerhörigen und Tauben den Erblindeten gegenüber — soweit die teilnehmende Tätigkeit der Umgebung in Frage kommt — im Nachteil sind. Der Blinde fordert bei seiner Hilflosigkeit (Bewegung im Raum, Nahrungsaufnahme) viel mehr das Mitleid heraus, als der Taube. Die Hilfe, die ihm zuteil wird, ist auch leichter gegeben und weniger anstrengend als die andauernde Vermittelung des Nichtgehörten an den Ertaubenden. Hierin liegt wohl der Grund, daß die Fälle von relativer Vernachlässigung Schwerhöriger viel häufiger sind als die Blinder. Auch wird in der mimischen Beobachtung von den Schwerhörigen eher die Bemerkung gemacht, daß die Hilfe ihnen nicht immer gern geboten wird. Dies wird das Gefühl der Unsicherheit erhöhen und das Auftreten einer stark affektbetonten Vorstellungsgruppe der gesellschaftlichen Unzulänglichkeit, des Lästigseins für andere begünstigen. In der unsicheren, ängstlichen Affektlage ist dann der Vorgang des Mißtrauens und das Erscheinen zahlreicher falscher Eigenbeziehungen gegeben, und der Fortbestand der Gehörschwäche, die Unverbesserlichkeit des selbstgefühlten Defektes, die Andauer und Verstärkung der äußeren ungünstigen Umstände wirken zusammen. Mehrfach knüpfte der Anfang der Erkrankung an den Verlust des letzten teilnehmenden und helfenden Angehörigen an. Es ist endlich zu berücksichtigen, daß anscheinend weiter das Lebensalter mit eine Rolle bei der Entstehung des V. d. S. spielt. Dies ist schon von *Kraepelin* hervorgehoben, dessen Kranke in der überwiegenden Mehrzahl sich im fünften oder sechsten Lebensjahrzehnt befanden, als die Krankheit einsetzte. Ich habe den sog. V. d. S. ausschließlich bei Frauen beobachtet, welche sich im Rückbildungsalter befanden. Die Krankheit hatte sich nach dem 40. Lebensjahr entwickelt, während die Schwerhörigkeit viel früher ihren Anfang nahm. *Kraepelin* hat indessen auch früheren Beginn der Psychose gesehen. Die Bedeutung des Involutionsalters für die Entwicklung paranoischer



Zustände ist bekannt, und es fehlt bei gemeinsamer Beobachtung unserer Fälle nicht an Stimmen, welche den V. d. S. in die „Involutionsparanoia" (*Kleist*) aufgehen lassen möchten. Ich finde indessen, daß die engen ätiologischen Beziehungen unserer Fälle zu einem äußeren Faktor, der chronischen Gehörstörung und die fortdauernde Beeinflussung des Krankheitsbildes durch die Taubheit und die Ohrgeräusche sie von jenen — übrigens nicht ganz einheitlichen — Krankheitsfällen ebenso scheiden, wie der Mangel der aktiven, expansiven Komponente im Krankheitsbilde. Über die Art, wie der körperliche Vorgang der Involution, die innersekretorischen Veränderungen die Fixierung der krankhaften Eigenbeziehungen und die Wahnbildung fördern können, lassen sich nur allgemeine Vermutungen aufstellen. Es ist möglich, daß sich hier die physiologisch gegebene Charakterveränderung und die gleichartigen krankhaften Züge der individuellen Anlage addieren.

Es genügt, darauf hingewiesen zu haben, daß bei der Entstehung des V. d. S. eine Reihe von ätiologischen Faktoren zusammenwirkt, unter denen die ursprüngliche Anlage und der chronische Verlust des Gehörs ausschlaggebend und die Eigenart der Symptome bestimmend sind.

Das zumeist in die Augen fallende Symptom des V. d. S. sind die Wahnvorstellungen. Sie werden nicht beständig geäußert, gehen zeitweilig zurück bis auf den Grad von Befürchtungen, kommen dann wieder lebhafter zum Vorschein. Sie sind stets egozentrisch, in ihrem Inhalt ziemlich einförmig, Systematisierung ist in ihren Anfängen vorhanden, zeigt aber keine Neigung zum Fortschreiten. Der Beziehungswahn und die gelegentlichen Trugwahrnehmungen bringen den Kranken angebliche Tatsachen, welche den alten Wahn neu begründen helfen. Es sind nur bestimmte Personen, die in den Beziehungswahn eingeschlossen werden, auch hier zeigt sich kein Fortschreiten, der Arzt bleibt außerhalb der Wahnbildung. Die Gehörstäuschungen sind nach *Kraepelin* durch die regelmäßig stark ausgeprägten Ohrgeräusche angeregt. Für eine Gruppe von Fällen mag dies richtig sein. In anderen Fällen scheint mir eine illusionäre Verarbeitung der Hörreste im Sinne des Komplexes vorzuliegen. Die Kranken hören in dem undeutlich Gehörten das, was sie befürchten. Ein Teil der Gehörshalluzina-



tionen dürfte aber von Ohrgeräuschen und von undeutlichen Wahrnehmungen des Gesprochenen ganz unabhängig sein. Diese Täuschungen können an Gesichtswahrnehmungen anknüpfen. So hört die Kranke H., sobald sie eine beargwohnte Pflegerin ins Zimmer treten und sich ihrem Bett nähern sieht, Schimpfworte, sie hört ebensolche, wenn sie eine andere, ihr verdächtige Kranke in bestimmter Weise die Lippen bewegen sieht. Es, schwer festzustellen, wie weit die sinnliche Deutlichkeit dieser Halluzinationen geht, nach den Beschreibungen der Kranken stehen sie darin wenigstens zum Teil dem früher gehörten Sprechen gleich.

Sie traten bei meinen Fällen nie stabil auf, sondern teils überhaupt nur ganz sporadisch, teils zeitweilig gehäuft. Sie wurden stets auf gerade anwesende Personen bezogen, nie als „Stimmen" bezeichnet. Sichere Halluzinationen auf anderen Sinnesgebieten wurden nicht beobachtet. Schmerzen im Halse bezog eine Kranke auf ihr gegebenes Gift. Schmerzen und Dysästhesien im Unterleibe wurden von einer anderen Kranken nicht im Sinne des Wahns ausgedeutet.

Die Stimmung der Kranken ist wie die der Paranoischen schwer mit einem Wort zu beschreiben. Im allgemeinen sind sie mehr ängstlich, zeitweilig in Tränen, zeitweilig — namentlich zur Zeit der Trugwahrnehmungen — gereizt. Es fehlt aber der Zug der Selbstüberhebung, der Selbstsicherheit — es fehlt die Kampf- und Angriffsstimmung. Die Kranken suchen vielmehr immer dem Arzt aufs neue durch peinliche Darlegung der Vorgänge zu beweisen, daß sie unschuldig sind, daß sie ungerecht leiden, daß ihre Widersacher sie falsch beurteilen, ihnen unrecht tun. Sie können hierbei große Zartheit, Gewissenhaftigkeit, Verantwortungsgefühl an den Tag legen. In dieser Stimmung erinnern die Kranken an die Fälle „abortiver Paranoia", welche *Gaupp* beschrieben hat.

Die Orientierung war stets eine vollkommene. Bezüglich der Auffassung erscheint die von *Kraepelin* erwähnte Störung, daß die Kranken auch bei schriftlicher Vorlegung der Fragen öfters unzutreffende Antworten geben, weiterer Prüfung bedürftig. Es wird namentlich festgestellt werden müssen, ob hier etwa sonst der hochgradigen Schwerhörigkeit an sich oder der Involution angehörige Störungen sich in das psychische Krankheitsbild mengen.



Es sei hier auch auf die otogene Beeinflußbarkeit des Gedächtnisses hingewiesen, welche *Urbantschitsch* beschrieben hat (vgl. das Referat in Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 15, H. 1, S. 25). Soweit ich eigene Feststellungen machen konnte, handelte es sich bei den Kranken bei den Fehlantworten bei schriftlicher Befragung um zweierlei. Einmal wurde öfters die Frage richtig gelesen, und es erfolgten Antworten nicht auf dieselbe, sondern im Sinne und in Fortsetzung der kurz vorher gestellten Fragen, namentlich wenn diese eine Schilderung der eigenen Beschwerden, der persönlichen Erlebnisse des Kranken herausholen sollten. Erst wenn die Frage nochmals schriftlich wiederholt wurde, erfolgte die gewünschte Antwort. Hier handelte es sich also um ein Haften, wie wir es auch von andern Psychosen her kennen. Ferner zeigte sich aber auch, daß einzelne an sich einfache Fragen richtig gelesen, aber dann mit einer Gegenfrage beantwortet wurden, aus welcher hervorging, daß die Frage inhaltlich völlig falsch verstanden war. Hier mußten erst mehrfache schriftliche Erläuterungen gegeben werden, ehe die gewünschte Beantwortung erzielt werden konnte. Mit den Ohrgeräuschen schien diese Störung der Auffassung nicht zusammenzuhängen, vielmehr schien eine Steigerung des ängstlichen Affekts die Aufmerksamkeit und damit die Auffassung zu beeinflussen. Die untersuchte Kranke gab selbst an, daß sie jedesmal, wenn sie schriftlich vom Arzt vernommen wurde, befürchte, daß sich nun ihr Schicksal entscheiden und etwas Neues ihr Ungüustiges geschehen werde. In diesem Falle war also die gemütliche Spannung deutlich, durch welche *Kraepelin* die Unbesinnlichkeit und Zerstreutheit beim V. d. S. zu erklären sucht.

Erinnerungstäuschungen kommen vor, während sonst Gedächtnis und Merkfähigkeit keine auffallenden Störungen zeigen.

Volle Krankheitseinsicht kam auch in den besseren Zeiten nicht zustande. Die Kranken zeigten wohl Krankheitsgefühl, fühlten sich nicht ganz richtig im Kopf, fürchteten, daß die Ohrgeräusche sich noch vermehren und sie verwirrt machen könnten, klagten darüber, daß ihr Kopf „schwach" sei, hielten sich aber nicht für geisteskrank.

Der Schlaf war öfters gestört, als Grund wurde Andauer der



ängstlichen Befürchtungen vom Tage, aber auch das Andauern der Ohrgeräusche angegeben.

Der Gesamtverlauf des V. d. S. war in meinen Fällen im wesentlichen ein stationärer. Vollständiges Zurücktreten des Wahns, wie ihn *Kraepelin* sah, habe ich nicht beobachtet. Die psychische Behandlung brachte den Kranken Erleichterung und eine qualitative Besserung des Zustandes, konnte aber ein vollständiges Schwinden der Befürchtungen und Wahnvorstellungen nicht herbeiführen.

Anderen paranoiden Zuständen gegenüber ist das Vertrauen zum Arzt und die Anerkennung seiner Bestrebungen sehr auffallend. Die Kranken nehmen dauernd die ärztlichen Bemühungen, ihnen den Hörmangel durch Mitteilungen auf der Schrifttafel, durch Zuführung von Büchern, Zeitschriften, Bildwerken zu ersetzen, und die Versuche, ihre Befürchtungen und Wahnvorstellungen zu korrigieren, dankbar entgegen. Wer ihnen mit Güte widerspricht, ist nicht sofort verdächtig oder ein Feind. Sie haben eigenen Antrieb zur Beschäftigung, lassen sich leicht zu einer nutzbringenden Tätigkeit anleiten. So läßt sich meist ein leidliches Dasein für sie zurechtzimmern, und es ist unverkennbar, daß eine umsichtige Abwendung von Konflikten die spontanen Remissionen verlängern kann.

In differential-diagnostischer Beziehung kann die eigenartige Zurückgezogenheit der Kranken den Verdacht erregen, daß es sich bei ihnen um die negativistische Abgeschlossenheit von Schizophrenen handele. Diese Anschauung läßt sich indessen nicht aufrechterhalten. Die oft auffallende Neigung der Kranken, für sich zu leben, erklärt sich ungezwungen aus der allen Verkehr für sie erschwerenden Taubheit und aus dadurch bedingten Gewohnheiten ihres Vorlebens. Versucht man, sich ihnen zu nähern, so fehlt auch jede charakteristische negativistische Ablehnung, sie sind zugänglich. Auch sonst fehlen die Symptome der Schizophrenie. Man müßte denn sagen, daß es sich um Fälle von paranoider Schizophrenie, um eine schizophrene Spätform handele, bei welcher außer den Wahnvorstellungen die eigentlichen schizophrenen Symptome nicht zur Entwicklung gekommen sind. Eine solche Auffassung wird ja zuweilen den seltenen Fällen gegenüber vorgetragen, welche wir überhaupt noch als Paranoia be-



zeichnen. Beweisen läßt sich aber diese Auffassung hier nicht, und sie erscheint gezwungen. Nähere Berührungspunkte haben die in Rede stehenden Krankheitsfälle mit den präsenilen paranoiden Erkrankungen, mit der Involutionsparanoia *Kleists*, der präsenilen Paraphrenie, welche *Albrecht* nach Beobachtungen in der hiesigen Anstalt aufgestellt hat. Aber auch hier ist, wie ich meine, eine Scheidung möglich. Sie ist zunächst gegeben durch das sichtliche Anschließen der psychischen Störung an eine äußere, tief eingreifende Schädlichkeit, die Gehörerkrankung, welche schon zu besonderer Betrachtung des Entwicklungsganges dieser Fälle auffordert. Sie ist ferner ermöglicht durch die Feststellung der verhältnismäßig geringen Entwicklung des Wahnsystems und der Sinnestäuschungen in nur depressiver Richtung. Man vergleiche die von *Albrecht* skizzierten Krankengeschichten, aus welchen dieser Unterschied deutlich hervorgeht. Endlich ist die mit derselben geringen Entwicklung des Wahns im Einklang stehende deutlichere Wirksamkeit der psychischen Behandlung zu beachten[1]). Ich verhehle mir nicht, daß wir hier um ein subjektives Moment, die Schätzung des Beobachters, nicht herumkommen, daß hier wie überall bei der Abgrenzung jener psychischen Krankheitsbilder, welche mangels noch unentwickelter anderer Untersuchungsmethoden nur nach psychologischen Gesichtspunkten geschieht, nicht exakt getrennt, nicht gemessen und gewogen werden kann. Es ist möglich, daß eine spätere Zeit uns auch wieder zur Vereinigung jetzt getrennter Krankheitstypen führen wird. Wir müssen aber schon zum Zweck schneller gegenseitiger Verständigung und der klinischen und sozialen Prognose die Einzeltypen, die wir in der Beobachtung sich wiederholen sehen, beschreiben und sondern. Für den V. d. S. sind weitere, auf viele Jahre ausgedehnte Beobachtungen, katamnestische Erhebungen noch erforderlich.

Kraepelin hat den Verfolgungswahn der Schwerhörigen jetzt im System weiter von den eigentlichen paranoischen Erkrankungen abgerückt, indem er ihn unter den psychogenen Erkrankungen und hier besonders in einer Gruppe der Verkehrspsychosen (Homi-

[1]) Die eigenartige ängstlich-gereizte Stimmung der Kranken ist durch Beschreibung kaum wiederzugeben, kann in den Krankengeschichten nicht charakteristisch hervortreten.

lopathien) beschreibt. Die Ausschließung vom Verkehr, die seelische Isolierung wird als Hauptursache des Krankheitszustandes angesehen. Bleibt man mehr auf einem symptomatologischen Standpunkt stehen, so erscheint mir auch jetzt noch die Zurechnung des V. d. S. zur „Paranoiagruppe“ berechtigt. Selbst bei vorsichtigster Ausscheidung von ausgleichbaren paranoiden Episoden manisch-depressiven und schizophrenen Ursprungs bleiben gewisse seltene Fälle zurück, die im Gegensatz zu der (sehr seltenen) chronischen Paranoia am einfachsten als „abortive“ oder „milde“ Paranoiaformen zu bezeichnen und der Paranoiagruppe zuzuordnen sind. Als eine solche, bei vorhandener Anlage durch den besonderen äußeren Anlaß und die hierdurch dauernd beeinflußten Symptome und Verlaufsgestaltung wohl charakterisierte milde Form möchte ich den V. d. S. ansehen. Die psychogene reaktive Entstehung des Krankheitszustandes bildet nach neuerer Auffassung (*Gaupp*, *Bleuler*, *Schnizer* u. a.), die ich teile, auch keinen Gegengrund, um die einzelnen Fälle von der Zugehörigkeit zu einer Gruppe der paranoischen Psychosen, einer „Paranoiagruppe“, auszuschließen. *Kraepelin* hat sich jetzt selbst dahin ausgesprochen, daß man sich vielleicht die Paranoia und die psychogene Wahnbildung als Endglieder einer Kette vorstellen darf, in der alle möglichen Zwischenglieder vertreten sind (VIII, S. 1769). *Gaupp* ist namentlich durch den Einblick, den die Analyse des wertvollen Falles Wagner gewährt hat, zu der Auffassung gelangt, daß die Paranoia bei pathologischer Geistesartung unter der Einwirkung gemütserschütternder Erlebnisse auftreten und sich nach psychologisch durchsichtigen Gesetzen dann weiter ausdehnen und fixieren kann. Die überwertige Idee stehe nicht selten (ob immer?) an der Wiege des paranoischen Wahns, sie stamme aus der originär abnormen Charakterstruktur des Paranoikers. Und *Bleulers* letzte Äußerung in der Auffassung der Paranoia geht dahin, daß es möglich ist, daß die Paranoia nichts als eine krankhafte Reaktion eines Psychopathen auf gewisse unangenehme Umstände ist. Auf diese Anschauungen, welche, wie mir scheint, die Psychologie der Paranoia um ein gutes Stück vorwärtsbringen, wird an anderer Stelle ausführlich einzugehen sein. Hier gebe ich nur zu der besprochenen Frage des V. d. S. die nachstehende





Zusammenfassung: Das Mißtrauen ist keine so weit verbreitete Eigenschaft der Schwerhörigen, als gemeinhin angenommen wird. Auf seine Entstehung bei Schw. ist deren ursprüngliche seelische Anlage von weitgehendem Einfluß. Erst in zweiter Linie wirkt das Verhalten der Umgebung nach eingetretener Taubheit mit.

An der Wurzel des Mißtrauens bei Schw. steht in der Regel die stark affektbetonte Vorstellungsgruppe der körperlichen und sozialen Unzulänglichkeit, des Lästigfallens für die Umgebung, der Unbeliebtheit. Dem Grade nach kann das Mißtrauen sehr verschieden entwickelt sein. Hochgradiges Mißtrauen mit stärkerer Reizbarkeit, gelegentlicher krankhafter Eigenbeziehung findet sich öfters bei psychopathischen Schwerhörigen. Diese Fälle bilden den Übergang zu dem ausgesprochen psychotischen Verfolgungswahn der Schwerhörigen.

Der Verfolgungswahn der Schwerhörigen entsteht bei psychopathisch veranlagten Personen als Reaktion auf mit anhaltenden und lästigen Ohrgeräuschen einhergehende Schwerhörigkeit. Äußere Umstände (lieblose Umgebung, niederdrückende wirtschaftliche Verhältnisse, Vereinsamung durch den Tod der Angehörigen) sind ätiologisch nicht belanglos. Auch scheint das Rückbildungsalter begünstigend auf die Auslösung der Psychose zu wirken.

Das stationäre Krankheitsbild zeigt bei teils ängstlicher, teils gereizter Stimmung und krankhafter Eigenbeziehung den paranoischen Symptomenkomplex. Geringe Systematisierung, Einförmigkeit der Wahnvorstellungen und Befürchtungen, keine Neigung zum Fortschreiten. Selbstüberhebung, Kampf- und Angriffsstimmung fehlt. Halluzinationen (des Gehörs) treten meist sporadisch, nicht reichlich auf. Das äußere Verhalten wird bei manchen Fällen durch gelegentliche Steigerung der Halluzinationen und Ohrgeräusche erregter. Psychische Behandlung und günstige Umgebung vermag auffallende Erleichterung des Zustandes zu bringen, ohne ihn dauernd zu heilen. Im Hinblick auf die Symptomatologie erscheint es erlaubt, den V. d. S. der Paranoiagruppe zuzurechnen, da es gerechtfertigt erscheint, in diese auch abortive und milder verlaufende Fälle einzubeziehen. Die Annahme eines nur zufälligen „Nebenhergehens" der Schwerhörigkeit bei diesen Krankheitsfällen erscheint nicht begründet, da die Schwerhörigkeit sie in der Ent-



wicklung und im weiteren Verlauf so weit eigenartig beeinflußt, daß eine besondere Abgrenzung dieses Krankheitstypus innerhalb des größeren Kreises gerechtfertigt erscheint.

Literatur.

Albrecht, Die funktionellen Psychosen des Rückbildungsalters. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 22, 306.

Bleuler, Lehrbuch der Psychiatrie 1916.

Enge, Die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. Med. Klin. 1915, Nr. 25 u. 26.

Feis, Studien über die Genealogie u. Psychologie der Musiker; Wiesbaden, 1910.

Gaupp, Über paranoische Veranlagung u. abortive Paranoia. N. C. 1909, S. 1310.

Derselbe, Besprechung *v. Kraepelins* Lehrbuch. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 12, 151.

Kleist, Die Involutionsparanoia. A. Z. f. P. 1913.

Kraepelin, Psychiatrie. 8. Aufl., 1915.

Derselbe, Einführung in die psych. Klinik. 3. Aufl., 1916.

Derselbe, Über paranoide Erkrankungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. XI, 1912, S. 617.

Mayer, Über katathyme Wahnbildung und Paranoia. 1912. Habilitationsschrift 1912.

Neutra, Zur Psychologie der Prothese. Med. Klin. 1917, Nr. 47.

Reichardt, Arbeiten an der Psych. Klin. zu Würzburg 8, 1914.

Schnizer, Zur Paranoiafrage. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 27, 1914.

Stuurman, Verschiedene Fälle paranoider Psychosen. Psych. Neurol. Bladen 1916. Selbstbericht im N. C. 1917, S. 398.



Schreckpsychosen[1]).

Von

Professor Dr. **Karl Kleist**, Rostock-Gehlsheim.

Während die Schreckneurosen und die Kriegsneurosen überhaupt schon eine schwer zu übersehende Literatur gezeitigt haben und sich ihr Wesen im Kampf der Meinungen allmählich klärt, sind die Schreckpsychosen des Krieges seltener und längst nicht erschöpfend bearbeitet worden[2]). Die vorliegenden Mitteilungen beschreiben einzelne Fälle oder bestimmte Gruppen von Erkrankungen, wie die Psychosen bei sog. Granatkontusion (*Gaupp*[3]), *Schmidt*[4])) oder geben mehr summarische Schilderungen (*Meyer*[5]), *Singer*[6]), *Wollenberg*[7])). Wie wenig gesichert die Kenntnis der Schreckpsychosen ist, erhellt daraus, daß *Weygandt*[8]) sie unter den „Geisteskrankheiten im Kriege" nicht eigens erwähnt. Er beschreibt an funktionellen Psychosen nur Erschöpfungspsychosen

---

[1]) Die Ergebnisse wurden auf der 65. Jahresversammlung des Vereins nordd. Psychiater und Neurologen in Hamburg-Friedrichsberg, 16. Juni 1917, vorgetragen. Diese Zeitschrift Bd. 74, 1—3. Heft.

[2]) Vgl. *Birnbaum*, Kriegsneurosen und -Psychosen. Sammelberichte 1—5, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. Bd. 11—14.

[3]) *Gaupp*, Die Granatkontusion. Beitr. zur klin. Chir. 96, 1915.

[4]) *Schmidt*, Die psychischen und nervösen Folgezustände nach Granatexplosionen und Minenverschüttungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 29, 1915.

[5]) *Meyer*, Psychosen u. Neurosen in der Armee während des Krieges. D. med. Wschr. 1914, 51.

[6]) *Singer*, Wesen und Bedeutung der Kriegspsychosen. Berl. klin. Wschr. 1915, 8.

[7]) *Wollenberg*, Nervöse Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern. Münch. med. Wschr. 1914, Nr. 44.

[8]) *Hezel*, *Marburg*, *Vogt*, *Weygandt*, Die Kriegsbeschädigungen des Nervensystems. 1917.



und Erkrankungsfälle, in denen sich Erschöpfung mit psychogenen Symptomen verbindet. Und *Bonhöffer*[1]) kommt in seinem Münchener Referat zu dem Schluß, daß es eine eigentliche Schreckpsychose abgesehen von dem *Baetz*schen Emotionsstupor nicht gebe. Daß Kriegsneurosen und Schreckpsychosen eine so verschiedene Bearbeitung und Wertung gefunden haben, erklärt sich aus äußeren, mit den Kriegsverhältissen zusammenhängenden Gründen. Neurosen gelangen in großer Zahl in das Heimatgebiet, ja zahlreiche Kriegsneurosen entstehen erst auf heimatlichem Boden. Schreckpsychosen dagegen brechen im Kampfbereich aus und laufen oft so rasch ab, daß die in den Heimatlazaretten tätigen Ärzte sie nur ausnahmsweise zu sehen bekommen. Zur wissenschaftlichen Bearbeitung ihrer Beobachtungen fehlen aber den im Felde stehenden Ärzten sehr häufig Zeit und Hilfsmittel. Das habe auch ich erfahren. In einer über zweijährigen Tätigkeit an einem nahe der Front gelegenen Kriegslazarett des Westens habe ich rund 100 Schreckpsychosen beobachtet, und schon im Januar 1915 konnte ich in einem Vortrage vor Sanitätsoffizieren in Douai auf Grund der bis dahin gesehenen zwölf Fälle die Hauptformen der Schreckpsychosen — Dämmerzustand und Stupor — mit den wesentlichen Merkmalen ihrer Entstehung und ihres Verlaufs beschreiben. Meine vielen späteren Beobachtungen haben an den damals gewonnenen Grundzügen nichts geändert. Aber erst jetzt war es mir möglich, die gesamten Erfahrungen zu verarbeiten und — was mir besonders wichtig schien — durch Nachforschungen über das weitere Ergehen der Kranken die Probe auf die Richtigkeit der anfangs gestellten Diagnosen zu machen[2]). Allerdings hatte ich fast alle Kranken bis zum Ablauf der psychischen Störungen in der psychiatrisch-neurologischen Abteilung unseres Kriegslazarettes behalten können, so daß mir nur in vereinzelten Fällen Zweifel an der Auffassung der Krankheitszustände als Schreck-

---

[1]) *Bonhöffer*, Erfahrungen aus dem Kriege über die Ätiologie psychopathologischer Zustände usw. Allg. Ztschr. f. Psych. 73, 1916.

[2]) Für die Überlassung der Krankenpapiere und die Durchführung der Nachforschungen bin ich der Medizinalabteilung des Kgl. Pr. Kriegsministeriums und den beteiligten Ersatzformationen und Bezirkskommandos zu großem Dank verpflichtet.

psychosen blieben. Von 37 besonders bezeichnenden oder sonst bemerkenswerten Fällen hatte ich schon im Felde Abschriften der Krankenblätter zurückbehalten. Die über diese 37 Kranken angestellten Erhebungen ergaben, daß nur drei Fälle sich im weiteren Verlauf als andersartige Erkrankungen herausgestellt haben: einmal als eine endogene paranoisch gefärbte Depression und zweimal als Gehirnstörungen bei infektiöser Polyneuritis. Den 104 Schreckpsychosen standen 246 im gleichen Zeitraume beobachtete Schreckneurosen gegenüber. Es kommen also 2,4 Schreckneurosen auf 1 Schreckpsychose. Zur Gesamtheit der anderen Psychosen verhalten sich die Schreckpsychosen wie 104 : 288 = 1 : 2,8. Die Schreckpsychosen bilden demnach etwas mehr als ein Viertel der überhaupt beobachteten Psychosen und übertreffen die einzelnen andern, auf dem Kriegsschauplatz gesehenen Geistesstörungen — andere psychogene Erkrankungen, Dementia praecox usw. — bei weitem an Zahl.

I. Zustandsbilder.

Die Zustandsbilder der Schreckpsychosen waren einfache Dämmerzustände, dämmerige Erregungszustände, ängstliche Delirien, das Zustandsbild der Halluzinose, heitere, läppische und expansive Dämmerzustände. Dieser Gruppe, deren Grundform der Dämmerzustand ist, stehen als zweite Gruppe die Stuporzustände gegenüber, unter denen sich wieder einfach apathische, ängstliche und heitere Formen trennen lassen. Die Schreckdämmerzustände und die ihnen nahestehenden Formen verhalten sich zusammen ungefähr wie 3 : 2 zu den Stuporformen (62 : 42). Die Häufigkeit der einzelnen Zustandsbilder kann ich nicht in genauen Zahlen angeben, da die in meinen Händen befindliche Krankenliste der Abteilung nur die weiteren Bezeichnungen Dämmerzustand oder Stupor enthält, und Krankengeschichten mir nur von den erwähnten 34 Fällen zur Verfügung stehen. Doch schätze ich die Zahlen der Einzelformen wohl nach der Erinnerung ungefähr richtig. 25 Krankengeschichten gebe ich im folgenden gekürzt wieder.

1. Einfache Dämmerzustände.

Fall 1. Gefr. Inf. Karl B. Beruf: Zimmermann. Geb. 20. 1. 89. 25. 12. 15 Aufnahme ins Kriegslazarett mit dem Bericht, daß er einem



Unteroffizier Widerstand geleistet und einige Tage vorher in einem Wutanfall mit der Kreuzhacke gedroht habe. Schläfrig, wenig regsam, spricht nur halblaut, verhält sich abweisend. (Wo hier?) „Am Bahnhof." Bleibt bei wiederholten Fragen dabei. War tatsächlich zuerst in der Krankensammelstelle am Bahnhof. Beantwortet einige weitere Fragen richtig sei seit Anfang des Krieges im Felde, im Februar 1915 oberflächliche Granatsplitterverletzung am Genick, seit Juni wieder im Felde. Auf Fragen, warum er hier sei, wo sein Regiment stehe, wo er im Quartier lag, einförmige und abweisende Antworten: „Ich weiß nicht." Bezeichnet die andern Kranken richtig als solche, bleibt aber bei der Behauptung, am Bahnhof zu sein. (Haben Sie schon einmal einen Bahnhof gesehen, wo man im Bett lag?) „Ja, hier." Liest die Uhr vollkommen falsch ab, während er über seine früheren Erlebnisse richtige Auskunft gibt. (Wer bin ich?) „Sie stechen mit Nadeln" (bei der Sensibilitätsprüfung!) Nach der körperlichen Untersuchung, bei der sich nichts Krankhaftes findet, unter vielem Drängen einige weitere Auskunft; dicht vor seinem Unterstand sei vor kurzem eine Granate eingeschlagen, es sei ihm ganz dumm im Kopf gewesen, bekam Erdstücke ins Gesicht. Danach sollte er Essen holen. Ging zur Feldküche, konnte auf dem Rückweg seine Kompagnie nicht finden, es gab einen Streit mit einem Unteroffizier, der ihn ins Lazarett schicken wollte. Dagegen habe er sich gewehrt. Der Zusammenhang der Erinnerungen ist offenbar lückenhaft.

26. 12. Örtlich orientiert, zeitlich noch nicht, obwohl er den Christbaum sieht. Lebhafter, verlangt zur Kompagnie zurück. Überempfindlichkeit gegen Nadelberührungen.

28. 12. Bedeutend gebessert, klarer Gesichtsausdruck, klagt über Kopfschmerzen, Erinnerung an die Vorgänge nach dem Granateinschlag bleibt unklar. Schreibt einen geordneten Lebenslauf. Früher immer gesund.

19. 1. Etappendienstfähig entlassen.

Der Kranke ist nach dem Granateinschlag vorübergehend „dumm im Kopf", in den nächsten Tagen wohl etwas unklar und reizbar, bedroht einen Kameraden mit der Kreuzhacke, bekommt Streit mit einem Unteroffizier, worauf der Dämmerzustand eigentlich erst zum Ausbruch kommt. Ins Lazarett gebracht, erscheint B. örtlich und zeitlich desorientiert und leicht benommen. Diese Art des Ausbruchs der Erkrankung zeigt, daß die Störungen — mindestens zum größten Teil — psychogen[1]) und nicht orga-

[1]) Ich gebrauche das Wort psychogen zur Bezeichnung jeder Art von seelischer Verursachung (d. h. durch eine einfache Gemütserschütterung sowie durch Vorstellungen).

nisch sind. Dazu kommen das abweisende Verhalten, das Beharren bei falschen Antworten, das Danebenreden („Sie stechen mit Nadeln"). Fälle dieser Art sind nach meiner Erfahrung selten. Auch *Seige*[1]) sah nur vereinzelte *Ganser*-Dämmerzustände im Felde. *Wetzel*[2]) scheint sie in einer Krankensammelstelle — also noch näher der Front — öfter beobachtet zu haben. Allerdings ist es mir nicht ganz sicher, ob *W*.s kurze Schilderung nicht noch andere Fälle umgreift. Die Hauptsymptome sind bei den Kranken dieser Art, wie in Fall 1: Bewußtseinstrübung, zeitliche und örtliche Desorientierung, Merkschwäche, Aufmerksamkeitsstörung, erschwerte Weckbarkeit der Vorstellungen, Erinnerungsverlust für eine verschieden lange Zeit nach dem ursächlichen Erlebnis. Das Bild erinnert wohl an organische Hirnschädigungen, besonders den *Korsakow*schen Symptomenkomplex, und leichte Folgen einer Hirnerschütterung mögen auch öfter beigemengt sein, aber es bestehen doch wesentliche Unterschiede. Die psychischen Ausfallerscheinungen sind nicht allgemein, sondern mehr oder weniger elektiv, mitbestimmt durch Gemütsbewegungen, Strebungen und Gedanken der Kranken (Pseudodemenz und Danebenreden). Die Störungen entwickeln sich manchmal nicht in unmittelbarem Anschluß an die Explosion, Verschüttung oder dergl., sondern treten erst nach einer Pause auf oder verstärken sich wie in Fall 1 erst nach einiger Zeit im Anschluß an eine erneute Aufregung. Der Erinnerungsverlust reicht zuweilen — und das gilt auch für die später zu besprechenden symptomatologisch abweichenden Fälle — so weit zurück, daß von dem auslösenden Erlebnis — auch von einem ausgestandenen Schreck — wenig oder nichts berichtet werden kann. Doch habe ich in keinem hierher gehörenden Falle eine weiter zurückreichende retrograde Amnesie oder einen den Dämmerzustand überdauernden amnestischen Symptomenkomplex oder eine längere Zeit fortbestehende Merkschwäche beobachtet. Zwei Fälle, die monatelang nach einem scheinbaren Schreckdämmerzustand an Merkschwäche sowie an erheblicher

---

[1]) *Seige*, Über psychogene Hör- und Sprachstörungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 39, H. 6, 1916.

[2]) *Wetzel*, Das Zustandsbild der frischen Schockpsychosen im Felde. Vortrag. D. med. Wschr. 1917, H. 9.

Aufmerksamkeits- und Urteilsstörung litten, stellten sich als mitverursacht durch infektiöse Hirnschädigungen heraus. Der eine Kranke war während einer Beschießung beim Schanzen schreckerfüllt davongelaufen. Er klagte während des Dämmerzustandes mehrfach über Schmerzen im rechten Bein, hatte druckempfindliche Nervenstämme an den Beinen und vereinzelte leichte Temperatursteigerungen. Es ergab sich, daß er kurz vor dem Ausbruch der Psychose eine Grippe mit hohem Fieber und heftigen Kopf- und Genickschmerzen durchgemacht hatte; seitdem war er körperlich matt, schreckhaft und verschüchtert gewesen. Auch der andere Kranke klagte über Schmerzen in den Beinen, die Achillessehnenreflexe waren während des Aufenthaltes im Lazarett nicht auslösbar, im späteren Verlauf trat einmal ein nach der Beschreibuug epileptischer Anfall auf, jetzt sind nach Bericht seines Hausarztes organisch-neurologische Zeichen nicht mehr vorhanden, nur hat er bei größeren Anstrengungen Kopfschmerzen. Psychosen mit retrograder Amnesie, mit nachfolgendem amnestischen Symptomenkomplex oder länger anhaltender einfacher Merkstörung sind nach meinen Erfahrungen nicht oder nicht ausschließlich durch Schreck verursacht, sondern müssen ganz oder z. T. auf traumatische, infektiöse oder sonstige organische Hirnschädigungen zurückgeführt werden. *Gaupp* ist der Meinung, daß ein amnestischer Symptomenkomptex nicht ausnahmslos die organische Natur einer Kommotionspsychose beweise. Dem muß ich, solange nicht beweisende Beobachtungen vorgelegt werden, widersprechen. Allerdings ist der amnestische Zustand, wie *Gaupp* mit Recht bemerkt, nicht das einzige Bild organischer Hirnschädigungen. Die Gedächtnisstörungen dürfen aber auch hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Diagnose nicht überschätzt werden. Nur weiter zurückreichende retrograde Amnesie spricht für organische Hirnstörungen. Daß ein Kranker auch die unmittelbar vor dem Granateinschlag liegenden Erlebnisse desselben Tages nicht anzugeben vermag, wie in dem Fall 1 von *Schmidt*[1]), beweist wenig angesichts der großen Gleichförmigkeit der Tagesvorgänge im Schützengraben.

[1]) *Schmidt*, Die psychischen und nervösen Folgezustände nach Granatexplosionen und Minenverschüttungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 29, H. 5, 1915.



Auch von Gesunden werden unter solchen Umständen nur besondere, aus der Einförmigkeit der Erlebnisse herausragende Vorgänge deutlich erinnert. So erinnert sich der erste Kranke von *Schmidt* nur noch daran, daß er am Tage vor der Verschüttung einen Brief und ein Paket von seiner Frau erhalten hatte. Eine während des Dämmerzustandes bestehende Merkstörung beweist ebensowenig für eine organische Hirnstörung, da die Merkschwäche auch auf Unaufmerksamkeit, Hemmung oder Danebenreden beruhen kann. Nur eine die Bewußtseinstrübung und Desorientierung längere Zeit überdauernde und nach Ablauf von Angst, Sinnestäuschungen und Unruhe länger fortbestehende Merkschwäche oder ein unter gleichen Umständen verharrender *Korsakow*scher Symptomenkomplex kann als Beweis für die organische Natur einer Erkrankung gelten. In den Fällen von *Schmidt*, die der Verfasser vorwiegend als organische Folgen von Verschüttungen und Granatexplosionen auffaßt, ist die Beobachtungszeit nach Ablauf der eigentlichen Psychose zu kurz, und die Merkfähigkeit bessert sich so rasch, daß mir die organische Natur der Störungen sehr zweifelhaft ist. Ferner boten die Fälle von *Schmidt* so ausgeprägte hysterische Krankheitszeichen (Zittern, Stottern u. ä.), daß mindestens ein sehr großer Teil der Symptome psychogen gedeutet werden muß.

2. Dämmerige Erregungszustände.

Fall 2. Wehrmann Richard G. Geb. 5. 9. 77.

29. 12. 14 Aufnahme ins Kriegslazarett. Hat nach Bericht der Kompagnie bei einem Sturmangriff am 3. Tage nach seiner Ankunft im Schützengraben einen Kameraden erschossen. Er war mit den Stürmenden vorgegangen und dann plötzlich umgekehrt, kam wirre Reden führend gegen den Graben zurückgelaufen und schoß einen im Graben stehenden Gefreiten nieder. B. ist klar und orientiert, gibt über die Ereignisse an: während des Vorgehens zum Sturm sei eine Granate in seiner Nähe eingeschlagen, lauter Dreck spritzte ihm um den Kopf, er wurde schwindlig und hatte ein aufgeregtes Gefühl, ging zurück, wußte nicht, wohin, traf auf einen Leutnant „mit einer Kompagnie", setzte sich, um sein Gewehr zu reinigen, dabei sei ein Schuß losgegangen. Will nichts davon wissen, daß er auf einen Kameraden angelegt und denselben niedergeschossen habe, sei von Kameraden zu Boden geworfen und festgebunden worden, am Abend habe man ihn auf eine Wache gebracht, „von da ab war ich



wieder besser". Seit 8 Tagen in der Ortsunterkunft gewesen, dann hierher geschickt worden. Klagt über Hitzegefühl im Kopf und eingenommenen Kopf. An der rechten Stirnseite Hautabschürfungen. Hörvermögen rechts mehr wie links stark herabgesetzt (nach ohrenärztlicher Untersuchung Otitis interna nach Knall). Schilddrüse zeigt einen derben, pflaumengroßen Knoten, Augäpfel vorstehend, Puls leicht erregbar, 78, nach 4 Kniebeugen 120. Seit 1900 angeblich bei Anstrengungen Herzklopfen. Antworten langsam, schwer besinnlich, matte, langsame Bewegungen. Stimmung leicht gedrückt und gereizt. Der Dienst sei ihm sehr schwer gefallen, bei Anstrengungen stets Herzklopfen, Atemnot, einmal ein Ohnmachtsanfall.

11. 1. 15. Schlechter Schlaf, eingenommener Kopf, Antworten rascher.

7. 1. 15. Schlaf noch immer mangelhaft, langsame Antworten, sonst klar. Zurückbefördert.

Nach Auskunft der Frau am 4. 11. 17 war B. bis August 15 in Heimatlazaretten, in denen er noch einen Gelenkrheumatismus überstand; nach mehrmonatiger Beschäftigung beim Proviantamt kam er im März 16 wieder ins Feld. Er sei noch sehr aufgeregt.

Fall 3. Kriegsfreiwilliger Inf. Gottfried G. Beruf: Kaufmann. Alter ca. 25 Jahre.

20. 11. 14. Aufnahme ins Kriegslazarett. Zeitlich ungenau orientiert, weiß nur Monat und Jahr, örtlich orientiert, geordnetes Verhalten. Unklare Erinnerung an die letzten Tage, etwas schwer besinnlich, starkes Zusammenschrecken bei Nadelberührung, Hinterkopf klopfempfindlich, Austrittsstellen der sensiblen Hirnnerven druckempfindlich, schwankt bei längerem Stehen, zuckt während der Untersuchung wiederholt mit dem Oberkörper. Keine Verwundung. Schilddrüse vergrößert, leichtes Fingerzittern, etwas vorstehende Augen. Rachenreflex fehlt. Merkfähigkeit herabgesetzt; schläft schlecht. — 26. 11. Erinnerung an die letzte Zeit klarer, doch bleibt eine Erinnerungslücke. Nach einem von ihm verfaßten schriftlichen Bericht ist er Anfang November ins Feld gekommen. Im Schützengraben war er nur eine Woche, doch erinnert er sich nur der ersten 3 oder 4 Tage. Das Feuer habe ihn nicht besonders erschreckt, er erinnert sich noch, ein Aufblitzen gesehen zu haben, als ob ein Schrapnell unmittelbar vor ihm explodierte. Dann fehlt die Erinnerung. Er fand sich wieder in der Ortsunterkunft eines Morgens, wo ihm ganz sonderbar zu Mute war. Die Kameraden sahen ihn so merkwürdig an, er verstand ihre Fragen schlecht. Nach Erzählung der Kameraden soll er, nachdem er aus der Bewußtlosigkeit wieder zu sich gekommen war, planlos hin und her gelaufen sein, er soll ein schweres Schutzschild aus einer hinteren Stellung geholt und zu seinem Maschinengewehr gebracht haben, das schon ein Schutzschild hatte. Als er darüber zur Rede gestellt wurde, habe er um sich gehauen und sei von den Kameraden festgehalten worden. Von der Ortsunterkunft



wurde er ins Revier und von dort am gleichen Tage in das Kriegslazarett gebracht.

30. 11. Beschwerdenfrei. Schlaf ist inzwischen ruhig geworden, Merkfähigkeit gut.

3. 12. Etappendienstfähig, als Schreiber und Dolmetscher bei der Kommandantur entlassen.

G. hat diese Tätigkeit mehrere Monate ohne Beschwerden ausgeübt. und soll später wieder zur Front gekommen sein.

Fall 4. Inf.-Unteroffizier Gustav S. Beruf: Schutzmann. Geb. 27. 1. 90.

1. 3. 15 Aufnahme in ein Feldlazarett. Desorientiert über Ort und Zeit, hat Tobsuchtsanfälle, halluziniert anfallsweise.

4. 3. Anfälle seltener.

8. 3. Aufnahme ins Kriegslazarett.

Orientiert, klare Antworten. Habe am 23. 2. während starker Beschießung plötzlich geglaubt, die Franzosen kämen, griff in Wut nach Handgranaten und warf sie um sich. Seitdem wiederholt Anfälle. Seine Aufgeregtheit bestehe ungefähr seit dem 10. 2., zu welcher Zeit ein wahrer Granatenhagel über seinen Graben niederging; 2 Mann wurden in seiner Nähe schwer verwundet, er selbst leicht an der Hand. Konnte seitdem keine Verwundeten mehr sehen, war nervös. Klagen über schlechten Schlaf, abends treten die schrecklichen Erinnerungen aus dem Schützengraben deutlich vor ihn hin. Schimpft auf den vielen Dienst und die angeblich schlechte Versorgung der Leute durch die Vorgesetzten. Hat nach einer leichten Verwundung im September 14 nach Ausweis des damaligen Krankenblattes schon Ohnmachtsanfälle gehabt. Vor dem Kriege nicht nervös, aber gern gerauft, sehr lustig, habe unter den Kameraden als Komiker gegolten. Kein körperlicher Krankheitsbefund außer fehlendem Rachenreflex.

22. 3. Hysterischer Anfall, sonst psychisch beruhigt.

31. 3. Zurückbefördert.

Vom 1. 4. bis Sept. 15 in Heimatlazaretten, wo er noch einige hysterische Anfälle hatte. D. u. entlassen. Tat Dienst als Schutzmann, arbeitet zurzeit in einer Munitionsfabrik. Der Gesundheitszustand sei noch nicht recht gut, er könne nicht lange in geschlossenen Räumen arbeiten (Nachricht vom Vater am 30. 9. 17).

Fall 5. Inf. Georg K. Beruf: Elektromonteur. Geb. 4. 12. 90.

Aufnahme ins Kriegslazarett am 17. 12. 14.

Bei der Aufnahme widerspenstig, will Uniform und Waffen nicht abgeben, versetzt dem französischen Ofenheizer einen Tritt, redet vor sich hin, abgerissen, einförmig: „Meine Hosen, mein Messer, meine Zigaretten möcht ich haben.“ Schimpft auf die Kriegsfreiwilligen, „Mit keinem Kriegsfreiwilligen gehe ich mehr auf Posten.“ Gibt dem Arzt auf Fragen fast keine Antworten oder nur barsch, häufig vorbeiredend. Mit den



Pflegern und Zimmergenossen unterhält er sich geordneter. Nach und nach ruhiger, zeigt sich schwer besinnlich, bemüht sich vergeblich, die Erinnerung der letzten Ereignisse zu wecken. Örtlich und zeitlich mangelhaft orientiert. Halluziniert, ruft unter das Bett, da sei der Kamerad. Klagt über Kopfschmerzen, macht verzerrte Ausdrucksbewegungen von Kopfschmerzen. Sehr ängstlich bei einer Einspritzung. Keine Verwundung, kein körperlicher Krankheitsbefund.

19. 12. Noch unklarer orientiert. Schreibt an seine Braut: „Liebe Anna, ich bin in Gefangenschaft und werde schlecht mißhandelt es sind böse Menschen, ein Mann mit einem weißen Mantel ist so bös. Die Hose und alles haben sie mir genommen.“ Gibt über die letzten Ereignisse folgendes an: sei mit einem Kriegsfreiwilligen auf Horchposten gewesen; als der Wind in dem Rübenfeld rauschte, glaubte der Kriegsfreiwillige, die Franzosen kämen und riß aus, wodurch die Franzosen wirklich angelockt wurden. Diese hätten ihn dann überfallen, ihm Messer und Geld abgenommen und ihn mit Gewehrkolben auf den Kopf geschlagen. War bewußtlos, kam erst am andern Morgen wieder zu sich. Konnte wegen Feuers nicht zurück. Erst nach längerer Zeit auf dem Bauch zurückgekrochen. Nach der Ankunft im Graben sei er aufgeregt gewesen, wisse noch etwas von einer Einspritzung, doch ist die Erinnerung von da ab unklar, behauptet, in einem Zeppelin gefahren zu sein, und beschreibt das genau.

20. 12. Orientiert. Geordnetes Verhalten. Macht sich über den Aufregungszustand eines andern Kranken lustig. Nachmittags fünf hysterische Anfälle. Klagen über Kopfschmerzen. Schlaf schlecht, Nasenbluten. Schmerzempfindung am ganzen Körper herabgesetzt. Zur Vorgeschichte: früher gesund, von Beruf Elektromonteur und im Nebenberuf Komiker. War immer sehr heiter und zornmütig.

22. 12. Zurückbefördert.

K. kam im Sommer 15 als etappendienstfähig wieder nach D. und stellte sich im Lazarett vor. Er klagte noch über Reizbarkeit, hatte im Etappendienst Streit mit Vorgesetzten bekommen.

Auch diese Zustände sind selten. Häufig wird allerdings ein Dämmer- oder Stuporzustand durch eine Erregung eingeleitet, aber die Psychose ist dann im ganzen nicht durch die nur vorübergehende Erregung, sondern durch eine länger andauernde Umdämmerung oder Hemmung gekennzeichnet. Hier dagegen ist die Psychose sehr kurz und erschöpft sich wie in den Fällen 2, 3 und 4 fast ganz in einer dämmerigen Erregung. Die Grundsymptome des Dämmerzustandes sind — soweit sie noch zur ärztlichen Beobachtung gelangen — wie in den Fällen der ersten Gruppe nachweisbar. Die Kranken werden in ihrer teils



planlosen, teils zornmütigen, teils angstvollen Unruhe ihren Kameraden und sich selbst gefährlich — Fall 2 erschießt einen Kameraden, Fall 4 wirft mit Handgranaten um sich. Die Zustände erinnern ganz an pathologische Räusche. In Fall 2 ist die erste Antwort auf den Schreck ein triebhaftes Zurücklaufen, erst danach kommt es zur Erschießung des Kameraden. Zuweilen äußert sich die Schreckerregung in einem triebhaften Davonlaufen mit mehr oder weniger tiefer Umdämmerung und nachfolgender Amnesie[1]). Es ist dies aber sehr selten; das einfache Davonlaufen erfolgt meistens nicht aus Schreck nach einem Granateneinschlag oder dergl., sondern aus Furcht vor bevorstehender oder andauernder Gefahr. Ich habe unter meinen vielen kriegsgerichtlichen Begutachtungen nur einen Mann, der umittelbar unter der Schreckeinwirkung heftiger Beschießung davongelaufen ist.

Psychogene Symptome sind in den Fällen 3, 4 und 5 deutlich: hysterisches Zucken, Anfälle, übertriebene und verzerrte Ausdrucksbewegungen, Vorbeireden. Fall 5 ist dadurch bemerkenswert, daß der Dämmerzustand sich nicht unmittelbar aus der Betäubung nach dem Schlag auf den Kopf entwickelt hat, sondern erst am folgenden Tage, nachdem K. in den eigenen Schützengraben zurückgelangt war — und sich dort in verhältnismäßiger Sicherheit wußte —, ausbrach; der beste Beweis für seine psychogene Entstehung. Dieser Kranke bildet mit seiner etwas länger dauernden Desorientierung, den Sinnestäuschungen, dem Affektwechsel, der wahnhaft-übertreibenden Auffassung der Umgebung, der phantastisch-konfabulierenden Erzählung von einer Fahrt im Zeppelin den Übergang zu den folgenden Beobachtungen. Ähnliche Erregungszustände von kurzer Dauer beschrieben *M. Goldstein*[2]), der dieselben mit dem Amoklaufen vergleicht, und *Morawszik*[3]).

---

[1]) Vgl. *Binswanger*, Hysterosomatische Krankheitserscheinungen bei der Kriegshysterie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 1/2, 1915, Fall 7.

[2]) *M. Goldstein*, Diskussionsbemerkung auf der Münchner Psyachiter-Tagung 1916.

[3]) *Morawszik*, Die Psychosen des Krieges. Wien. med.Wschr. 1916, H. 39 u. 40.

3. Ängstliche Delirien.

Fall 6. Inf. Heinrich K. Beruf: Kaufmann. Geb. 22. 4. 88.

17. 5. 16 in ein Feldlazarett eingeliefert. Soll bei einer Minensprengsprengung verschüttet worden sein, nähere Umstände vorerst nicht zu ermitteln. Der Kranke ist benommen und in lebhafter Unruhe, andauerndes Zittern des ganzen Körpers, besonders des rechten Armes und des rechten Beines, stoßweise Zuckungen am Kopf und den Armen, Steigerung der Zuckungen durch zufällige Geräusche (Zuschlagen einer Tür, Kanonenschüsse). Dazwischen springt der Kranke plötzlich auf, tut, als ob er das Gewehr anlegen oder als ob er sich eingraben wolle, nach dem Feind ausspähe, Deckung suche, herannahenden Geschossen ausweiche, alles ohne zu sprechen. Der Kranke halluziniert offenbar lebhaft und durchlebt immer wieder die aufregenden Kampfereignisse. Keine äußeren Verletzungen, keine Veränderungen an den inneren Organen. Aufgehobene Schmerzempfindung am ganzen Körper. Keine Reaktion auf Anrufe, Fragen, Gesichtseindrücke.

18. 5. Zittern und Erregungszustände treten noch immer anfallsweise auf, der Kranke spricht nun auch, und zwar im Flüsterton vor sich hinredend: sein Leutnant sei von einer Granate getroffen und sofort getötet worden, ebenso Heinrich S., die Schotten hätten angegriffen, nachdem sie 200 Minen auf die Stellung geworfen und 2 Stunden Trommelfeuer unterhalten hätten; — bei ihm wäre niemand in die Stellung eingedrungen, aber 40 m links von ihm seien zwei Schotten hineingekommen, die man gleich totgeschlagen habe, einer läge noch da mit zerspaltenem Schädel, die übrigen Angreifer hingen zum größten Teil in den Drahtverhauen. K. berichtet diese Erlebnisse immer wieder mit denselben Worten, als ob er einem ihn fragenden Leutnant Meldung erstatte. Er verlangt nach einem Maschinengewehr und nach Handgranaten, da alle aufgebraucht seien, die Stellung sei völlig eingeebnet und müsse neu aufgebaut werden.

19. 5. Bewegungsunruhe und Sinnestäuschungen lassen nach, dagegen steigern sich die Muskelzuckungen, die zum Teil in klonische Krämpfe übergehen. Häufige Seitwärtswendungen des Kopfes nach links mit starrem, krampfhaftem Verharren in dieser Haltung.

20. 5. Zuckungen und Zittern haben sehr nachgelassen. Häufiges Verziehen des linken Mundwinkels, der Kranke legt die Hand auf die linke Kopfhälfte, als ob er Schmerzen empfinde, glaubt dort eine Wunde zu haben, beklagt sich, daß man ihn nicht ablöse, mit der blutenden Wunde könne er doch keinen Dienst tun.

23. 5. Aufnahme in das Kriegslazarett. Tiefe Bewußtseinstrübung, wälzt sich hin und her, dreht den Kopf in den Nacken, doch keine eigentliche Nackensteifigkeit, keine Verletzung, kein Befund an den inneren Organen, Puls etwas langsam, 60. Macht selbsttätig und auf Fragen keine Sprachäußerungen, verhält sich sauber, nimmt die ihm in den Mund geschobene Nahrung.



24. 5. Bewußtsein klarer, spricht stotternd, fragt: „Wo ist denn meine Korporalschaft?" Örtlich und zeitlich desorientiert. Erinnerungsverlust für die letzten 7 Tage. Weiß noch, daß er im Graben war, habe nachts auf Posten gestanden. Der Leutnant kam und sagte: „Passen Sie gut auf, jetzt kommen sie gleich, holen Sie Handgranaten." Die Engländer kamen heran, und dem Leutnant wurde die Hand abgerissen. Der Kranke erzählt nun das Weitere mit steigendem Affekt: der Leutnant schrie, K. brachte ihn in eine Deckung, der Leutnant lief wieder heraus, K. nahm ihn auf den Rücken und wollte ihn wegbringen, dabei wurde dem Leutnant der Kopf abgerissen, gleich darauf ging alles in die Luft. Was weiter geschehen ist, weiß K. nicht. Die Stimmung ist ängstlich und schreckhaft, K. mißdeutet Geräusche als Kanonenschüsse, lauscht ängstlich auf Tritte. Frühere Erinnerungen erhalten: war vor dem Kriege schon etwas erregbar, sonst gesund, während der Dienstzeit 1910—12 Gelenkrheumatismus, seit Okt. 1915 im Felde. Nie krank oder verwundet, nur oft Kopfschmerzen, nicht schreckhaft oder aufgeregt. Keine erbliche Belastung.

26. 5. Bewußtsein klar, ruhiges, geordnetes Verhalten, Orientierung in Ort und Zeit wieder hergestellt, Erinnerungsausfall unverändert. Erkennt einen ihn besuchenden San.-Feldwebel seines Bataillons erst nach einer Weile, unterhält sich dann aber längere Zeit verständig mit ihm. Durch die Aussagen des San.-Feldwebels werden die von K. während seines Dämmerzustandes gemachten Aussagen über den Angriff der Engländer, die vorausgegangene Granaten- und Minenbeschießung, Verletzung und Tod des Leutnants und die Minensprengung bestätigt. K. spricht noch stotternd.

17. 6. Es sind keine geistigen Störungen mehr aufgetreten bei unverändert bleibendem Erinnerungsausfall. Das Stottern hat sich unter täglichen Sprechübungen fast völlig verloren. Einmal bei den Sprechübungen ein leichter hysterischer Anfall. Stimmung noch schwankend. Zittern im rechten Arm trat gelegentlich noch bei Gemütsbewegungen auf.

Zurückbefördert.

Bis 20. 9. 16 in Heimatlazaretten. Bald nach der Ankunft in Deutschland vorübergehende Verschlimmerung der Sprachstörung. Nach brieflicher Auskunft vom 19. 11. 17 bestehen noch Kopfschmerzen, unruhiger Schlaf. Bei Schreck und Aufregungen treten „Anfälle" — offenbar hysterischer Art — oder Zuckungen im rechten Arm und Bein auf. Mit 50 % Rente entlassen.

Fall 7. Inf. Unteroffizier Karl A. Beruf: Kaufmann. Geb. 11. 6. 91.

13. 3. 15. Aufgenommen ins Kriegslazarett in erregtem Zustande, Zittern am ganzen Körper, aufgeregte Ausrufe: „Hallunken, mein Gewehr. Alles haben sie mir genommen, alle Kameraden gefallen." Wälzt sich mit ängstlichen Gebärden hin und her. Nicht fixierbar. Gibt keine Antwort, folgt keiner Aufforderung, durch Zuspruch nur vorübergehend zu beruhigen, drängt nach Tür und Fenster, äußerst schreckhaft.

15. 3. Unverändert, erregt, zitternd, ängstlich. Halluziniert Kriegserlebnisse.

17. 3. Ruhiger, nur bei der ärztlichen Untersuchung zitternd und stöhnend. Orientiert sich in Zeit und Ort. Erinnerungsverlust für die letzten Tage. Kann keine Ursache für den Ausbruch der psychischen Störungen angeben. Allmählich sei ihm das Sterben der Kameraden zu nahe gegangen.

24. 3. Psychisch frei. Erinnert sich jetzt eines Sturmangriffs der Engländer am 11. 3., vorher 2 Tage ununterbrochenes Trommelfeuer. Beim Sturm drangen die Engländer in den Graben, die Grabenbesatzung ging zurück, wurde beim Rückzug von Granaten überschüttet, links und rechts fielen die Kameraden, dann wurde A. bewußtlos.

Klare Angaben über sein früheres Leben, war ein guter Schüler, während eines kaufmännischen Ausbildungskursus Überarbeitung mit Weinkrämpfen. 1910—11 aktiv gedient, später als Kaufmann viel gereist (Belgien, Frankreich, Holland, Orient). Am 2. August 1914 ins Feld, seit Weihnachten spürte er, daß ihn alles aufregte, Zittern am ganzen Körper, Kopfschmerzen. Anfang März 8 Tage Schonung, dann 2 Tage im Graben, darauf 4 Tage Ruhe. Am 4. Tag im Quartier alarmiert, das übrige wird wie früher angegeben. Über die Erlebnisse im Dämmerzustand macht A. genaue Angaben: er sah Engländer in schrecklicher Gespenstergestalt, grinsende Gerippe u. ä.

31. 3. Mit Lazarettzug zurückbefördert in ein Heimatlazarett.

8. 4. Aufnahme im Vereinslazarett B. Zuckungen am ganzen Körper, Aufgeregtheit, scheues Wesen. Am folgenden Tage nach einem Gewitter Dämmerzustand mit schwerer Erregung, glaubt sich in die Schlacht versetzt, sucht zu entfliehen, mit dem Kopf gegen die Wand zu rennen. Nach 2 Stunden Beruhigung unter Hinterlassung von Amnesie.

28. 4. Die Zuckungen bestehen weiter. Nach einem Tadel bekommt A. einen ähnlichen Erregungszustand wie am 9. 4., ebenso am 13. 5. gelegentlich einer Theatervorstellung, als hinter der Bühne Infanteriefeuer markiert wird.

Am 15. 7. ein hysterischer Anfall mit tobsüchtiger Erregung nach Zurechtweisung durch den Arzt. A. ist dauernd sehr reizbar, schläft schlecht, im Halbschlaf Träume von Kriegserlebnissen, in denen er zeitweilig erregt wird, das Zittern betrifft späterhin hauptsächlich den rechten Arm. In diesem Zustand am 29. 10. kr. u. entlassen.

Nach brieflicher Mitteilung des A. vom 21. Sept. 1917 übt er seine Berufstätigkeit wieder aus, doch habe er Tage, an denen er äußerst schwermütig sei, über Herzschmerzen klage, weine und zittere, doch habe sich alles sehr gebessert.

Fall 8. Inf.-Unteroffizier August M. Beruf: Glaser. Geb. 1. 8. 90.

9. 2. 15. Aufnahme ins Kriegslazarett. In Zwangsjacke eingeliefert, verhält sich aber ruhig, fragt, wo er sei, was mit ihm los sei, müsse zur



Kompagnie. Liegt dann sehr ruhig, starrer, geradeaus gerichteter Blick, kataleptisches Verharren in Haltungen, Unterkieferstarre, zuckt plötzlich mit dem einen oder dem andern Arm. Bei Fragen Schnappbewegungen, beschleunigte Atmung, Gesichtsverziehung. Wäscht sich selbst, hält sich sauber, nimmt Nahrung. Äußert spontan, „Der Kopf ist halt nicht richtig, ich kann gar nicht richtig klar denken.“ Kann die Uhr nicht ablesen trotz sichtlichem Bemühen. Wie alt? „Ich weiß halt nicht so richtig, die Engländer sind in unseren Graben gekommen.“ Weiß Namen und bürgerlichen Beruf. Bei drängender Frage nach seinem Alter: „Ich muß erst ruhig sein, der da hat mich ganz verrückt gemacht“ (auf einen unruhigen Kranken zeigend). Bleistift wird zögernd benannt. Geldbeutel: „Da sehe ich noch nicht so richtig.“ Seit wann Krieg? Erst keine Antwort, dann Danebenreden: „Wir sind bei den Engländern.“ Gibt über den Anlaß seiner Erkrankung geläufiger Auskunft, die Engländer hätten angegriffen und seien in den Graben gekommen, von der Besatzungsmannschaft seien nicht alle stehen geblieben, mehrere seien davongelaufen, „und dann da weiß ich nichts mehr“. Bei weiteren Fragen unzugänglich, „Ich muß halt wieder zur Kompagnie.“ Bei der körperlichen Untersuchung schreckhaft. Körperlich kein krankhafter Befund, keine Verletzung.

11. 2. Seit gestern Besserung, heute nicht mehr gehemmt. Gibt an: Am 6. 2. war erst eine furchtbare Stille, dann plötzlich schreckliches Artilleriefeuer, man konnte keinen einzelnen Schuß unterscheiden, die Engländer kamen an einer Ziegelmauer entlang, die jungen Mannschaften vergaßen das Handgranatenwerfen — hierbei starker Affekt und erneute Zuckungen in den Armen —, für das Weitere Erinnerungsverlust bis gestern. Mitbewegungen im Gesicht als Begleiterscheinungen angestrengten Aufmerkens. Verhält sich geordnet, antwortet sinngemäß, völlig orientiert. Zur Vorgeschichte: Von Jugend auf leicht erregbar, starkes Verantwortungsgefühl. Im September 14 Gelenkrheumatismus, sonst nicht krank oder verwundet. Mutter nervös, leide an gelegentlich ohne Ursache auftretendem Stimmritzenkrampf.

Noch etwas schreckhaft. Beim Ausziehen eines Zahnes sehr aufgeregt, errötet und schwitzt leicht. Schlaf zeitweilig schlecht. Zurück in ein Heimatlazarett.

Bis 1. 6. 15 in einem Reservelazarett bald völlig beruhigt. Nach brieflicher Auskunft des Vaters vom 30. 9. 17 kam M. im Juli 15 wieder ins Feld, machte die Offensive in Polen mit, erhielt im Frühjahr 16 bei einem Sturmangriff das Eiserne Kreuz 1. Klasse. Im Juli 16 Erholungsurlaub, weil seine Nerven wieder sehr angegriffen waren. Tat Garnisondienst bis April 17, jetzt wieder im Felde.

Fall 9. Inf.-Res. Otto F. Beruf: Elektromonteur. Geb. 11. 5. 88.

16. 2. 15. Aufnahme ins Kriegslazarett. Ängstlich verstörter Gesichtsausdruck, bei Fragen zunehmende Ängstlichkeit, gibt vielfach keine Antworten oder sagt nur, er habe Angst, wisse nicht, warum. Bei Fragen



gleichgültigen Inhalts rasch beruhigt. Örtlich und zeitlich nicht orientiert, kann Alter und Beruf nicht angeben, die Uhr nicht ablesen, 3 + 9 nicht zusammenzählen. Sei seit dem Anfang des Krieges im Felde, weiß die Nummer seines Regiments nicht, nur daß es ein Infanterieregiment sei. Die letzten Kämpfe bei S. hätten ihn so aufgeregt, alle Tage Granatfeuer. „Die hätten mich bald umgebracht — eine ist kommen, grad nebendran platzt", sei stark erschrocken, wisse nichts weiter. Im Revier sei er wieder zu sich gekommen, war dort 2 Tage. Wiederholt jammernd: „Umbringen haben's mich wollen." Während der ganzen Unterredung sehr ängstlich, weicht in die hinterste Ecke des Bettes zurück, mehrfach ruckweises Zusammenfahren und plötzlich erstarrter Blick. Beim Erblicken der zur Sensibilitätsprüfung benutzten Nadel schreckhaftes Zurückfahren, verkriecht sich unter die Bettdecke. Hautabschürfungen an den Unterschenkeln und Füßen, sehr blasses Aussehen, feuchte Hände und Füße, sonst körperlich kein Befund.

22. 2. Im Lauf der letzten Tage beruhigt, nicht mehr ängstlich. Örtlich und zeitlich orientiert, desgleichen über seine eigene Person.

3. 3. Hysterischer Anfall während einer deutlich hörbaren Kanonade.

12. 3. Kein Anfall mehr, zurückbefördert.

Nach brieflicher Auskunft vom 23. 9. 17 ist F. seit 17. 8. 15 kr. u. entlassen, bald danach Wiederauftreten von Krampfanfällen mit Bewußtseinstrübungen, Angst und gedrückter Stimmung. Von Okt. 16 zuerst in einer Irrenheilanstalt, ab Mai 17 in einem Nervenlazarett behandelt, bis Juli 17; dort rasche Besserung, arbeitete zuletzt in einer Munitionsfabrik. Erwerbsbeschränkung unter 10 %. Nach brieflicher Auskunft klagt F. noch über Müdigkeit, Schwindelgefühle, Ängstlichkeit, Nervenkrämpfe hochgradige Empfindlichkeit und zeitweiligen Lebensüberdruß.

Die ängstlichen Delirien bilden die häufigste Form der Schreckpsychose. Wenn die Kranken auch anfangs wie im Falle 6 zum Teil benommen sind, so ist doch die Bewußtseinstrübung im ganzen weniger schwer als bei den einfachen Dämmerzuständen. Es herrscht ein traumartiger Bewußtseinszustand vor, in dem bei aufgehobener zeitlicher und örtlicher Orientierung Kampfsituationen unter Beteiligung von Sinnestäuschungen wiedererlebt werden.

Fall 8 berichtete eingehend von seinen Sinnestäuschungen: er sah grinsende Gerippe, Engländer in schrecklicher Gespenstergestalt. Ein Hauptmerkmal dieser Gruppe ist der starke Angstaffekt und die große Schreckhaftigkeit. Auch Zornausbrüche und negativistisch-ablehnende Gefühlsreaktionen kommen vor. Die Schreckhaftigkeit zeigt sich schon bei Nadelberührungen gelegentlich der Sensibilitätsprüfung. Zuweilen weichen die Kranken bei



bloßer Annäherung in die hinterste Bettecke zurück oder verkriechen sich unter die Decke. Plötzliche Geräusche, Flieger, Kanonenschüsse lassen sie angsterfüllt aufspringen und unter den Betten Schutz suchen. Vereinzelt treten auf dem Boden der ängstlich-schreckhaften Verstimmung Eigenbeziehungen und Beeinträchtigungsideen auf (Fall 8, „Der da hat mich ganz verrückt gemacht"). Zu eigentlicher Wahnbildung kommt es nicht. In den Bewegungen der Kranken spiegeln sich die affektvollen und halluzinatorischen Vorgänge mit großer Deutlichkeit. Fall 7 tut, als ob er das Gewehr anlegt, als ob er sich eingraben wolle, er sucht Deckung, späht aus, erstattet Meldungen usw. Derselbe Kranke ist zwischendurch gehemmt, und bei anderen Kranken (vergl. Fall 9) besteht dauernd leichte Hemmung. Insofern gibt es Übergänge zwischen den ängstlichen Delirien und den Stuporzuständen. Die Weckbarkeit der Vorstellungen ist während des Dämmerzustandes im allgemeinen herabgesetzt, die Kranken sind schwer besinnlich, wissen mitunter gerade die einfachsten und bekanntesten Dinge nicht, reden vorbei (Fall 9). Ein gewisser Kreis von Vorstellungen ist dagegen nicht nur nicht schwer erweckbar, sondern übererregbar: die Kampferlebnisse, insbesondere die letzten eindrucksvollen Vorgänge. Diese Erinnerungen sind durch Fragen jederzeit leicht zu wecken, und die Kranken sprechen von ihnen gern, affektvoll, zum Teil sicher ausmalend und übertreibend. Es sind dieselben Erlebnisse, die halluzinatorisch und im Traum immer wieder auftauchen. Das ganze Denken der Kranken wird durch das beherrschende Hervortreten dieser Vorstellungen einförmig. Des Nachts steigern sich Angst, Situationsverkennungen und Sinnestäuschungen, besonders in der Art, daß die Kranken aus leichtem Schlaf mit lebhaften Träumen erregt auffahren und dann in den traumhaft aufgetauchten angstvollen Situationen weiterleben. Das kommt auch bei Kranken vor, die am Tage schon wieder ganz orientiert und besonnen sind. Gerade bei den Fällen dieser Gruppe bleibt oft lange nach Ablauf der Psychose eine affektive Übererregbarkeit zurück. Die Kranken bleiben schreckhaft, zittern und stottern, verfallen mitunter bei Gemütserschütterungen erneut in Dämmerzustände (Fall 7 u. 9). Der Erinnerungsverlust für die erste Zeit nach dem ursächlichen Er-



lebnis verhält sich wie bei den einfachen Dämmerzuständen. Zur Frage der retrograden Amnesie ist Fall 7, dessen Erinnerungsausfall anfangs nicht nur den die Psychose auslösenden Sturmangriff umfaßte, sondern offenbar noch weiter zurückreichte, von Wichtigkeit; denn A. vermochte sich anfangs nur der schon weiter zurückliegenden Selbstbeobachtung zu erinnern, daß ihm das Sterben der Kameraden mehr und mehr nahe ging. Aber schon einige Tage später hatte sich der Erinnerungsverlust ganz erheblich eingeschränkt, so daß alle Vorgänge bis zu dem Sturmangriff und dieser selbst deutlich erinnert wurden. Es gibt also auch eine nur vorübergehende retrograde Amnesie, die jedenfalls nicht als Beweis einer organischen Hirnschädigung angesehen werden kann. Daß der Umfang des Erinnerungsverlustes während der Psychose und auch noch unmittelbar nach derselben schwankt, ist nicht vereinzelt. Gewöhnlich ist die Amnesie im Anfang umfangreicher. Es kommt aber auch vor, daß anfangs noch erinnerte Vorgänge später dem Bewußtseinsverlust anheimfallen (Fall 25). Zuweilen betrifft das die Erlebnisse der Psychose selbst (Sinnestäuschungen, wahnhafte Auffassungen, Befürchtungen und ähnl.), die, solange die Psychose dauert, erinnert werden, mit Ablauf derselben aber in Vergessenheit versinken (Fall 19). Mehrere Kranke vermochten sich bei brieflicher Erkundigung nach ihrem jetzigen Ergehen des Aufenthaltes in D. nicht zu erinnern, obwohl sie mit klarer Orientierung und wiederhergestellter Merkfähigkeit entlassen worden waren. In der Mehrzahl der Fälle finden sich körperlich-hysterische Zeichen: Zittern, Zuckungen, Schnappbewegungen mit dem Munde, herabgesetzte Schmerzempfindung. Sie überdauern die Psychose zum Teil oder entwickeln oder verstärken sich erst nach Ablauf derselben (Fall 7).

Fälle, die der hier geschilderten ängstlich-deliranten Form entsprechen, werden in der Kriegsliteratur mehrfach erwähnt. *Gaupp* spricht von ängstlichen Delirien mit reichlichen optischen und akustischen Sinnestäuschungen, die mit einer halb stuporösen Hemmung einhergingen. Wie meine Beobachtungen zeigen, kommen die ängstlichen Delirien auch ohne Stupor vor. Höchstens vorübergehend sind die Kranken gehemmt, während sonst eine angstvolle und halluzinatorisch bedingte Erregung herrscht. In-

sofern entsprechen meine Beobachtungen mehr den schon erwähnten Fällen von *Schmidt*, die *Sch.* allerdings und m. E. zu Unrecht vorwiegend als organische Hirnschädigungen auffaßt (Fälle 1 und 2 der Arbeit). Ähnliche Kranke wie ich hat auch *Herschmann*[1]) gesehen. Nur kann ich nicht finden, daß die ängstlichen Dämmerzustände stets gehemmt seien, während die heiteren und expansiven Formen mit motorischer und sprachlicher Erregung einhergingen. Auch werden die fraglichen Psychosen nicht richtig als halluzinatorische Verwirrtheit bezeichnet. Es sind Delirien und Dämmerzustände, aber eine primäre Denkstörung im Sinne der Verwirrtheit (Inkohärenz, Ablenkbarkeit, Paralogien) findet sich nicht. *Wetzel* hat merkwürdigerweise unter seinen psychogenen Schockpsychosen keine ängstlichen Delirien gesehen. Er hebt das Fehlen von Angst besonders hervor. Seine Fälle entsprechen mehr meinen einfachen Dämmerzuständen. Einzelbeobachtungen von ängstlichen Delirien brachten *Wollenberg*[2]), *Westphal*)[3], *Hübner*[4]).

4. Halluzinose.

Fall 10. Gefr. Wilhelm V., Minenwerfer-Abt. ... Geb. 11. 2. 94. Beruf: Student.

23. 9. 15. Aufnahme ins Kriegslazarett. War am Tage vorher in einem Dorfe hinter der Front angehalten worden, weil er keinen Ausweis hatte. Gab an, er sei in vergangener Nacht in A., wo sich seine Abteilung befand, durch eine Anzahl Infanteristen bedroht worden und vor denselben hierher geflohen. Machte auf den Ortskommandanten einen unklaren und erregten Eindruck. Er gab an, man habe ihn beschuldigt, Minen in den eigenen Schützengraben geschossen zu haben, er sei dann von den Infanteristen bedroht und verfolgt worden, die teils zu Fuß, teils zu Pferd und Wagen hinter ihm her waren; sei vor ihnen davongelaufen. Beruhigt sich auf der Ortswache, will schon lange nicht mehr geschlafen haben. Bei der Aufnahme ins Lazarett gibt er wieder an, Minen in den eigenen Graben geschossen und 10 Kameraden getötet zu haben, er gehöre nicht

1) *Herschmann*, Über Geistesstörungen nach Granatschock. Wien. med. Wschr. 1916, H. 36.

2) *Wollenberg*, Lazarettbeschäftigung und Militär-Nervenheilstätten. D. med. Wschr. 1915, H. 26.

3) *Westphal* u. *Hübner*, Über nervöse und psychische Erkrankungen im Felde. Med. Klin. 1915, Nr. 14 u. 15 und D. med. Wschr. 1915, H. 52.

4) *Hübner*, Heilerfolge bei Neurosen. D. med. Wschr. 1916, H. 19 u. 20.

in das Lazarett, sondern ins Gefängnis. Sei die ganze Nacht von den andern Kameraden verfolgt worden und habe sich vor ihnen retten wollen, hörte ihre Stimmen hinter sich, war in großer Angst. In der letzten Zeit war er starkem Artilleriefeuer ausgesetzt. Habe bisher Anstrengungen und Aufregungen gut ausgehalten. Örtlich und zeitlich orientiert, erregtes, zappeliges Wesen, Händezittern, Stimmung wechselnd, im allgemeinen mißtrauisch und gereizt, ist beleidigt, daß man seinen Angaben nicht glaubt. Hier keine Stimmen mehr gehört.

27. 9. Ruhiger, zweifelt an der Richtigkeit seiner Selbstbeschuldigung und der angeblichen Verfolgung.

Bis 16. 1. 16 in Heimatlazaretten, anfangs etwas gehemmt, Klagen über Müdigkeit, herabgesetzte Merkfähigkeit. G.v. entlassen.

Es scheint, daß V., erschöpft durch längere Nachtwachen und erschreckt durch starke Artilleriebeschießung, davongelaufen ist. Ob an der Selbstbezichtigung, er habe Minen in den eigenen Schützenengraben geschossen, etwas Wahres ist, muß dahingestellt bleiben. Aus anfänglicher und nur ganz vorübergehender Unklarheit, die kaum als Dämmerzustand angesprochen werden kann, entwickelt sich das kennzeichnende Bild einer Halluzinose, die sehr rasch abläuft, aber längere Zeit leichte Hemmung, Mattigkeit und herabgesetzte Merkfähigkeit hinterläßt. Ich habe nur den einen Fall dieser Art beobachtet und finde auch in der Kriegsliteratur keine ähnliche Beschreibung.

5. Heitere Dämmerzustände.

Fall 11. Kriegsfreiwilliger Inf. B. Beruf: Gymnasiast. Geb. 24. 6. 95.

8. 1. 15. Aufnahme ins Kriegslazarett. Örtlich desorientiert. Glaubt in einem Wirtshause zu sein, man solle das Licht ausmachen, damit die Franzosen es nicht sehen. Auch zeitlich ungenau orientiert. Kann die Uhr nicht ablesen. Nimmt wenig Haltung dem Arzt gegenüber an, spricht viel, ideenflüchtig abschweifend. Stimmung heiter, witzelt.

9. 1. Der anfangs schlechte Schlaf heute besser, war morgens noch einige Stunden desorientiert, vermengt Traumerinnerungen mit den wirklichen Vorgängen, sei nachts auf Vorposten gewesen. Stimmung gleichmäßiger.

13. 1. Klar, orientiert. Intelligenz ungestört. Keine Ideenflucht mehr. Über den Anlaß der Erkrankung gibt er an: Es seien in den letzten Tagen vor seiner Aufnahme in zwei Nächten hintereinander Sturmangriffe gewesen. Bei dem letzten Angriff habe er plötzlich einen Wind gespürt sei bewußtlos umgefallen, seitdem unklare Erinnerung. In den Weihnachts-



tagen heftiger Schreck bei Verschüttung im Unterstand durch Granateinschlag, seitdem öfter Schwindel und Anfälle von Kopfschmerzen, ab und zu Zucken in den Fingern. Nach längerem Liegen in der Nässe Blasenschmerzen, konnte das Wasser nicht halten.

28. 1. Zeigt ein sehr frisches und seinem Bildungsstande entsprechendes Benehmen, wiederholt Migräneanfälle. Zurückbefördert.

B. ist nach kurzer Zeit wieder ins Feld gekommen und nach wiederholten Nachrichten nicht wieder erkrankt. Bei seiner letzten Nachricht stand er vor der Beförderung zum Offizier.

Fall 12. Inf. Leopold G. Beruf: Betriebsleiter. Geb. 6. 1. 82.

26. 5. 15. Aufnahme in ein Feldlazarett. Aus den unklaren Angaben geht hervor, daß G. im Unterstand durch einschlagende Granate verwundet worden ist. G. macht einen verstörten Eindruck, führt irre Reden und ist zeitlich und örtlich nicht orientiert.

27. 5. Aufnahme ins Kriegslazarett.

Spricht viel, lebhafte Ausdrucksbewegungen, erzählt fortwährend von dem Granateinschlag, macht das Zischen der Granate nach; alle waren tot, nur er nicht, lacht dabei. Der ganze Zug sei tot gewesen, angeblich 70 Mann, nur ein Unteroffizier und er seien mit dem Leben davongekommen. Lacht während der Erzählung fortwährend. Kann keinen Grund für seine Heiterkeit angeben, verkennt den Stabsarzt als den von ihm mehrfach erwähnten Unteroffizier Lange, redet ihn mit „du" an. Schwer fixierbar, nimmt von der Umgebung wenig Notiz.

29. 5. Örtlich orientiert. Die heitere Stimmung ist verschwunden. Tag und Datum weiß er noch nicht, Erinnerung an die letzte Vergangenheit unklar.

1. 6. Vollkommen beruhigt, in jeder Hinsicht orientiert, klagt über eingenommenen Kopf, ist überempfindlich und leicht erregbar, zittert und stottert aus Aufregung darüber, daß ihn die Schwester zurechtgewiesen habe, weil er rauchte. Will früher als Schrittmacher bei Radrennen gefahren und dreimal Gehirnerschütterung durchgemacht haben.

11. 6. Bei der Erinnerung an die Schützengrabenerlebnisse zeigt sich noch Stottern, Zittern und allgemeine Unruhe. Zurückbefördert.

Fall 13. Inf. Karl S. Beruf: Maurer. Geb. 5. 12. 93.

2. 10. 15. Aufnahme ins Kriegslazarett. Örtlich und zeitlich orientiert, aber unklare Erinnerung an die letzten Ereignisse: Franzosen seien in den Graben gekommen, aber man habe sie hinausgehauen, sein bester Freund sei gefallen, ein Franzose mit einer Brille habe ihn erschossen. Weiß nicht, warum er ins Lazarett gebracht worden sei. Stimmung zunächst heiter, bei Erwähnung der letzten Erlebnisse vorübergehend gedrückt, aber gleich wieder heiter. S. ist sehr gesprächig, macht Witze. Leichtes Verharren in gegebenen Haltungen. Würgreflex und Hornhautreflex aufgehoben, Schmerzempfindung allgemein stark herabgesetzt. Zieht oft die Stirn kraus, als ob er Kopfschmerzen habe.



Über sein Vorleben gibt er an, daß er an Krampfanfällen gelitten habe, deren Natur sich nach der Beschreibung nicht sicher bestimmen läßt. Vom Februar bis April 15 im Felde, wegen der Krampfanfälle zurück, seitdem keine Anfälle mehr. Seit Juli wieder im Felde.

7. 10. Stimmung ausgeglichen, geordnetes Verhalten, schläft viel.

8. 10. Zurückbefördert.

Bis 4. 12. 15 in einem Heimatlazarett, anfangs noch leicht erregbar, hastig, zuweilen läppisch heiter mit wechselnder Stimmung, keine Anfälle. Als k.v. — trotz der auf Dem. praecox gestellten Diagnose — entlassen. S. war ein zweites Mal im Felde, erkrankte von neuem, worüber kein Krankenblatt zu erhalten war. Am 4. 8. 17 als g.v. aus dem Lazarett entlassen und zwecks Arbeitsleistung vom Heeresdienst zurückgestellt. Klagt noch über Kopfschmerzen, könne seine frühere Spezialarbeit (Schornsteinbau, Feuerungsanlagen) nicht mehr betreiben (brieflicher Bericht vom 27. 9. 17).

Fall 14. Kan. Heinrich M. Geb. 16. 4. 91.

2. 1. 15. Aufnahme in ein Feldlazarett. Bewußtlos, wälzt sich unruhig hin und her, kann später Namen und Regiment angeben, klagt über Kopf- und Genickschmerzen, Steifigkeit der Nackenmuskeln, sonst nichts Krankhaftes.

4. 1. Bewußtsein klar. Keine Nackensteifigkeit mehr. Erinnert sich, daß er im Schützengraben lag, um Handgranaten zu schleudern, hörte einen Knall und bemerkte einen scharfen Geruch, wurde dann bewußtlos. Antwortet noch langsam, steht unaufgefordert auf und sucht sich anzuziehen. Entweicht in einem unbewachten Augenblick und begibt sich zu seiner Batterie. Zurückgebracht, wird er am 17. 1. ins Kriegslazarett verlegt. Während der ersten Tage örtlich und zeitlich nicht orientiert. Merkfähigkeit herabgesetzt. Bei Urteilsfragen schwer besinnlich. Stimmung heiter, lacht, spricht viel, erzählt, daß er Franzosen in einem Sack fangen müsse.

20. 1. Örtlich orientiert, zeitlich nur Monat und Jahr gewußt. Merken und Denken noch erschwert. Kopfschmerzen im Hinterkopf, Stimmung beruhigt. Will schon früher heiter, ein Spaßmacher gewesen sein. Seit dem 17. Jahr Anfälle nach Aufregungen, angeblich auch mit Zungenbiß, steht aber schon im 3. Jahr im Heeresdienst. Nackengegend etwas druckempfindlich. Nachröten gesteigert. Puls 102. Klagen über Herzklopfen.

28. 1. Nur noch geringe Kopfschmerzen. Psychisch frei. Zurückbefördert.

August 15 k. v. zur Truppe. Oktober 16 während der Sommeschlacht wieder Krämpfe, ärztlich nicht beobachtet. Januar 17 a. v. entlassen.

Heitere Dämmerzustände sind wesentlich seltener als die angstvollen Delirien. Außer den Fällen 11—14 habe ich keine



derartigen Beobachtungen gemacht. Doch kommen noch Krankheitsfälle vor, die eine ähnliche, doch weniger lebhafte heitere Verstimmung, aber ohne sonstige psychotische Symptome aufweisen. Es handelt sich dann um Schreckneurosen heiteren Gepräges, die zu den heiteren Dämmerzuständen im gleichen Verhältnis stehen wie die sehr viel häufigeren depressiv-reizbaren Schreckneurosen zum ängstlichen Schreckdelir. Der eine dieser Kranken war kurz nacheinander zweimal bei Minenexplosionen emporgeschleudert und verschüttet worden: heftiger Schreck, danach ängstlich, hysterische Anfälle, Schwindel. Im Lazarett heiter, witzelnd, zeitweise auch schreckhaft oder stumpf, schrieb auf seine Kopftafel: „Hier liegen Bekannte aus Nah und Fern, hier liegt einer, dem rappelts im Hern“, ein anderes Mal: „Hier ruht in Gott Dietrich. Ach er ist dahingeschwunden, nimmermehr sein Atem weht, der so manchen Zwirn gewunden, manches Knopfloch ausgenäht. Amen.“ In sechs Wochen allmähliche Beruhigung. Der Kranke ist bald wieder ins Feld gekommen und tat im Oktober 1917 Dienst bei einer Eisenbahnkompagnie in Mazedonien. Der andere Kranke war in einem Stollen, in den er sich geflüchtet hatte, gefangen genommen worden. Er entfloh, geriet in starke Beschießung, danach ein Wutanfall. Im Lazarett heiter, lacht, spricht viel, will den Poincaré in einen Sack stecken und umbringen. Das Lachen erfolgt zum Teil zwangsartig; der Kranke erklärt wiederholt, er wisse nicht, warum er lache. In 10 Tagen Ausgleich der Stimmung.

Bei den heiteren Schreckdämmerzuständen treten zur heiteren Verstimmung die bekannten Symptome des Dämmerzustandes: Danebenreden und Pseudodemenz kamen in diesen Fällen nicht vor, dagegen körperlich-hysterische Erscheinungen: Zucken der Finger, funktionelle Blasenschwäche, Zittern und Stottern bei geringen Anlässen, Herabsetzung der Schmerzempfindung, Fehlen der Würg- und Hornhautreflexe. Während bei den heiteren Schreckneurosen das Lachen zum Teil zwangsartig, ohne entsprechende heitere Verstimmung — rein als Ausdrucksbewegung — erfolgte, war hier auch die Stimmung stets heiter, die Kranken machten Witze, prahlten. Zuweilen gesellte sich auch Ideenflucht und Rededrang hinzu, so daß der Dämmerzustand eine manische Fär-



bung erhielt (Fall 11 und 14). Dennoch kam es den Kranken mehr oder weniger deutlich zum Bewußtsein, daß ihre Heiterkeit der Lage und ihren Erlebnissen keineswegs entsprach. Es ist ein eigenartiger Eindruck, wenn man einen Kranken unter lauter, ihm selbst unverständlicher Heiterkeit erzählen hört: eine Granate sei in den ganzen Zug eingeschlagen, von 70 Mann seien nur der Kranke und ein Unteroffizier mit dem Leben davongekommen (Fall 12). So werden oft gerade die schaurigsten Eindrücke lachend berichtet. Vereinzelt kommt es allerdings auch vor (Fall 13), daß bei Erwähnung der Schreckerlebnisse die Stimmung vorübergehend in Gedrücktheit umschlägt. Bei den heiteren Schreckneurosen und den später zu besprechenden läppischen Dämmerzuständen, die den heiteren Dämmerzuständen nahestehen, schwankte die Stimmung überhaupt öfter zwischen Heiterkeit, Gedrücktheit und Gereiztheit (Fall 16 und 17). Die heitere Verstimmung klingt mit dem Dämmerzustande ab, doch blieb bei den Fällen 12 und 13 die Stimmung noch schwankend und reizbar. In einem Falle (Fall 25) sah ich auch die gegensätzlichen Gefühlsregungen oder zum mindesten ihre Ausdruckserscheinungen ineinanderfließen: der Kranke lachte unter Tränen. Bei einem später zu erwähnenden Kranken (Fall 24) kam eine mehrtägige heitere Verstimmung nicht sogleich nach dem Schreckerlebnis, sondern erst nach Ablauf eines angstvollen Stupors zum Ausbruch. Die beiden Fälle heiterer Schreckneurose, die ich vorhin kurz beschrieb, waren von Natur aus heitere, zu Scherzen und Reimereien geneigte Menschen. Dasselbe gilt für einen der Kranken mit heiterem Dämmerzustand (Fall 14) und für Fall 16 aus der Gruppe der läppischen Dämmerzustände. Fall 15 aus jener Gruppe war ein besonders tapferer, unternehmungslustiger Soldat, dessen Veranlagung der hypomanischen mindestens nahesteht. Die hypomanische Veranlagung dürfte demnach das Auftreten heiterer Verstimmungen begünstigen, ohne allerdings unumgänglich erforderlich zu sein.

Ähnliche Fälle wie die hier beschriebenen erwähnt *Gaupp* als Kranke mit heiterer Erregung, die ein pseudomanisches Bild boten, sich aber durch größere Beeinflußbarkeit und einen mehr theatralischen Affekt von der Manie unterschieden. Das letzte



Kennzeichen läßt allerdings vermuten, daß *Gaupps* Kranke mehr Beziehungen zu den läppischen, als den heiteren Dämmerzuständen hatten. *Herschmann* sah Verwirrtheitszustände mit heiterer, häufiger mit zornmütiger Verstimmung und lebhaftem Rede- und Bewegungsdrang. Ein Kranker befand sich während der ganzen Dauer der Psychose im Zustande einer leichten Hypomanie. *Herschmann* hebt ebenso wie *Löwy*[1]) die Seltenheit dieser Fälle hervor. *Stierlin* hatte schon vor dem Kriege an den Opfern großer Katastrophen heitere Dämmerzustände hier und da beobachtet. Leichte Grade derselben Störung sind offenbar die vorübergehenden heiteren Verstimmungen mit Ideenflucht, die *Wittermann*[2]) an Leuten, die eben aus schweren Kämpfen kamen, als Truppenarzt gesehen hat. *Birnbaum*[3]) erwähnt die Selbstbeobachtung eines englischen Fliegers, der beim Absturz mit dem Flugzeug nach heftiger Todesangst plötzlich ein Gefühl von Glück und herrlicher Ruhe erlebte und nach der Rettung in eine ausgelassene Stimmung verfiel. Eine solche noch innerhalb der Gesundheitsbreite liegende Reaktion sah ich bei einem Artillerieoberst, dessen Regiment, in kritischer Stunde an der Lorettohöhe eingesetzt, schwere Verluste erlitten hatte. Ich traf ihn gleich nach der Ablösung. Er strahlte über das ganze Gesicht, sprach auffällig lebhaft und fortwährend lachend, bis er sich plötzlich mit den Worten unterbrach: „Entschuldigen Sie, daß ich dabei lache.“ Auch an mir selbst und meinen ärztlichen Kameraden habe ich hierher gehörige Beobachtungen gemacht. Wenn wir vom Morgen bis zum Abend einen Verwundeten nach dem andern versorgt hatten und aus den Eindrücken scheußlicher Verletzungen, dem Geruch von Eiter, Blut und Jauche, aus dem Stöhnen und Sterben Verwundeter herauskamen, dann überfiel uns zuweilen eine merkwürdige und mir oft peinliche Heiterkeit, wir lachten, es wurden Witze gemacht, um so ärger, je schlimmer die Tageseindrücke gewesen waren.

---

[1]) *Löwy*, Zur Ätiologie psychischer und nervöser Störungen bei Kriegsteilnehmern. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 41, H. 3, 1917.

[2]) *Wittermann*, Kriegspsychiatr. Erfahrungen aus der Front. Münch. med. Wschr. 1915, H. 34.

[3]) *Birnbaum*, 2. Sammelbericht. S. 5, Anm. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref. XII, H. 1.



6. Läppische Dämmerzustände.

Fall 15. Kriegsfreiw. Inf. Eugen S. Geb. 13. 6. 94.

13. 2. 15. Aufnahme ins Kriegslazarett.

Sehr lebhaft, schwatzt fortwährend, inhaltlich völlig einförmig, wiederholt nach jedem 5. oder 6. Worte den Laut oa, schüttelt den Kopf, runzelt die Stirn, heitere Stimmung. Örtlich und zeitlich orientiert. Bei nächtlichem Angriff im Granatfeuer bewußtlos geworden, habe gezittert, sprang mit aufgepflanztem Bajonett auf die Schutzwehr. Auch am nächsten Tage lief er mit aufgepflanztem Bajonett umher, fragte jeden nach der Parole, wurde dann hergebracht.

18. 2. Hat sich beruhigt. Puls leicht erregbar, 72, nach Aufstehen 120, starkes Nachröten. Klagt beim Aufstehen über Schwindelgefühl, schwankt mit langsamen Bewegungen hin und her, fängt dabei wieder an zu lachen, zuckt ab und zu mit den Armen bei der körperlichen Untersuchung. Erklärt, er habe vor 14 Tagen einen Brief mit Blut aus seinem Finger geschrieben, benimmt sich, als ob er mit Absicht eine komische Figur spielen wolle. Prahlt damit, daß er sich als Kriegsfreiwilliger gemeldet habe, widerspricht sich aber bald danach: sei in der Schweiz, wo er sich aufhielt, durch das Konsulat eingezogen worden.

14. 3. Wesentlich beruhigt. Heute dreht er plötzlich den Gashahn auf und steckt sich den Schlauch in den Mund, sagt zum Krankenwärter, der auf ihn zusprang,: „Ich will nur besser schlafen."

Zurückbefördert.

2 Monate in einem Heimatlazarett behandelt, dann zum Ersatzbataillon, von dem er nach 4 Wochen wieder ins Feld kam. Im Juli 15 im Trommelfeuer Zittern, Zucken und Bewußtlosigkeit, blieb aber im Graben, machte den folgenden Angriff mit und meldete sich nie krank. Im Sept. 15 durch Handgranate an der linken Hand verwundet, kam nach ¼ Jahr wieder ins Feld, hat das Eiserne Kreuz, die Badische Verdienstmedaille, eine Belobigung wegen Auszeichnung beim Patrouillendienst und will sich, wie seine Verwandten schreiben, noch das Eiserne Kreuz 1. Klasse erringen.

Fall 16. Inf. Johann L. Beruf: Glaser. Geb. 31. 12. 91.

21. 1. 15. Aufnahme in ein Feldlazarett.

21. 1. Morgens 4 Uhr platzte in seiner Nähe eine Granate, L. wurde zur Seite geschleudert und teilweise mit Erde verschüttet. Hörvermögen rechts aufgehoben bei normalem Trommelfellbefund, Gefühl „einer Kaffeemühle" im Kopfe. Sehr unruhig, gerötetes Gesicht, schwer zu fixieren. Erklärt, man solle weggehen, die Hunde kämen, klagt, es treibe ihm den Kopf auseinander, die Augen träten aus dem Kopfe heraus, es summe in einem fort, er könne nichts denken, weint dabei. Kann keine Mütze tragen, sonst würden die Kopfschmerzen schlimmer. Macht wiegende und nickende Bewegungen mit dem Kopfe während des Sprechens,



zittert mit den Händen, tritt rhythmisch mit den Füßen. Spielt im Krankensaal die komische Figur, zeigt ein läppisch-kindisches Wesen, redet vorbei, gibt das Datum falsch an. Wie heißt der Bettnachbar? „Der liegt schon lange hier —." Der andere Bettnachbar? „Ist Kanonier, schläft dort." 4 × 6 = 26. Wieviel Einwohner hat Mannheim? (sein Geburtsort). „Sehr viele, eine ganze Menge, mehr wie 4 Millionen." 2 × 2? „Kann nicht denken". Rechnet auf Zureden besser. Verfällt nach einiger Zeit wieder in Kopfnicken und Zittern, ist überempfindlich gegen Geräusche, jammert über Kopfsummen, weint, als sein Verhalten getadelt wird.

31. 1. Vorbeireden seltener. Schweift bei Antworten leicht ab. Gutmütig-heiteres Wesen. Schreibt einen geordneten Lebenslauf.

8. 2. Meist harmlos heiter. Hilft etwas auf dem Krankensaal. Dazwischen zeitweiliges Kopfwackeln und Zittern. Kauert sich nachmittags hinter das Bett und steckt den Kopf durch die Bettgabel, Grimassen schneidend, ging mit einem Messer auf den ihn zur Rede stellenden Wärter los. Will abends von der ganzen Sache nichts wissen.

9. 2. Aufnahme ins Kriegslazarett.

Gibt über das Einschlagen der Granate an, er habe ein Aufblitzen gesehen und sei hochgeschleudert worden, danach bewußtlos. Als er erwachte, befand er sich im Schützengraben und verstand zuerst niemanden. Unklare Erinnerung an den Aufenthalt im Feldlazarett. Klagt sehr über die Unruhe der andern Kranken, könne das nicht aushalten, Tränenstrom ohne sonst sichtbaren tieferen Affekt. Läßt sich sehr leicht beruhigen. Gibt über sein früheres Leben geordnete Auskunft. Atmung beschleunigt. Schilddrüse etwas vergrößert, Nachröten gesteigert. Puls 84—90. Vermehrte Schweißabsonderung. Bindehaut- und Hornhautreflex schwach. Überempfindlichkeit bei der Untersuchung, sehr schreckhaft. Unruhiger Schlaf, träumt vom Schützengraben, schrickt aus dem Schlaf auf. Auch tags etwas unruhig, rückt hin und her, starkes Zittern der Hände.

5. 3. Allmählich beruhigt. Kein Zittern mehr. Will früher stets gesund gewesen sein. Auch im Kriege anfangs nicht erschrocken, habe trotz größter Gefahr „seine Sprüche geklopft". Jetzt sei er zappelig und werde nicht mehr Herr über seine Schreckhaftigkeit und Vergeßlichkeit. Zurückbefördert in ein Reservelazarett.

12. 3. Aufnahme ins Reservelazarett S. Ist wieder erregt, bald ängstlich, bald heiter. Lebhaftes Mienenspiel, abgerissene Sprache. Grimassiert, springt öfters aus dem Bett, ruft plötzlich „die Engländer sind da", lauscht, hat offenbar Sinnestäuschungen, ist aber zeitlich und örtlich orientiert. Außerordentliche Schreckhaftigkeit. Zittert im Schreck am ganzen Körper. Verschwommene Erinnerung an den Aufenthalt im Kriegslazarett. Übertreibt sein Verhalten bei der ärztlichen Unterredung, sich selbst überlassen fast ganz ruhig.

22. 3. Weitere Beruhigung. Hysterischer Anfall auf ein gleichgültiges Gespräch hin.



9. 8. Bis auf geringe Schreckhaftigkeit vollkommen beruhigt. Zu einem Erholungsurlaub entlassen.

25. 11. Aufnahme in das Reservelazarett S. Hat nach dem Urlaub Garnisondienst getan, zeigte sich dem Dienst nicht gewachsen, wurde unruhig, bekam hysterisches Zittern und Stottern.

13. 4. 16. Allmählicher Rückgang der Krankheitserscheinungen, die aber bei Erregungen, Gespräch mit Vorgesetzten u. ä. wieder auftreten. Als kr. u. mit 40% Rente entlassen.

Fall 17. Inf. Otto B. Beruf: Schreiner. Geb. 10. 2. 95.

17. 2. 15. Aufnahme ins Kriegslazarett. Bewegungsarm. (Wie heißen Sie?) Sieht auf die Kopftafel über seinem Bett und liest den Namen dort ab. Erkennt den Arzt nicht als solchen, vermag die Umgebung nicht zu bezeichnen. Beim Uhrablesen zählt er mit dem Finger die Stunden ab, gibt sein Alter zweifelnd mit 20 Jahren an. Auf die Frage nach seinem Geburtsdatum: „In meinem Büchle steht's drin." Nimmt trotz seiner scheinbaren Desorientierung die Bemerkung des Arztes, daß er doch im Lazarett sei, als etwas Selbstverständliches hin. Äußert in einem andern Zusammenhange zutreffend, daß man ihn nach D. gebracht habe, weiß von einem Feldlazarett, in dem er zuerst war, und von einem dortigen Arzt. Schimpft und weint, daß man ihm etwas vorgemacht und ihn von F. nach D. gebracht habe. Auf die Frage, was ihm fehle: „Nichts — vom Schießen wird mir ganz närrisch im Kopf", eine Granate sei neben ihm eingeschlagen. Große Schreckhaftigkeit, krümmt sich bei der körperlichen Untersuchung nach Art eines hysterischen Anfalles zusammen, verkriecht sich unter den Decken und rührt sich nicht mehr. Klagen über Kopfschmerzen, Supraorbitalpunkte druckempfindlich.

18. 2. Gut geschlafen, nicht mehr weinerlich. Örtlich und zeitlich orientiert. Antwortet nicht mehr danebenredend, aber immer noch etwas schwer besinnlich. Auffällig lebhaftes, ungeniertes Benehmen, faßt nach der Schulter des Arztes, um die Achselstücke zu sehen. Lacht, schildert mit lebhaften Ausdrucksbewegungen, daß die Franzosen am 4. 2. den Graben gesprengt hätten, will 2—3 Tage bewußtlos gewesen sein. Bekommt bei der Erzählung Zittern der Hände. An einen Schreck kann er sich nicht erinnern, war 10 Tage im Revier, wurde zur Truppe entlassen, von da an bei jedem Schuß „ganz närrisch". Wurde deshalb in das Feldlazarett nach F. gebracht, von wo hierher. Schimpft auf den Leutnant, der ihn unter einem Vorwand habe wegbringen lassen. Unvermittelt zärtlich zum Arzt: „Di mag i schon." Studiert mit kindlichem Interesse die Uniform und stellt Vergleiche zwischen derselben und der seines Leutnants an.

23. 2. Gebessert. Stimmung überwiegend heiter. Zuweilen Kopfschmerzen. Verfaßt einen geordneten Lebenslauf, hat in der Schule gut gelernt, trat kriegsfreiwillig ein. Nach seiner Rückkehr zur Kompagnie nach 10tägigem Aufenthalt im Revier sei er beim Schießen aufgeregt gewesen. Wenn ein Knall ertönte, fuhr er schon in die Höhe, er sei nur



einen Tag bei Besinnung gewesen, „dann ging's wieder um in meinem Kopf". Klagt über heftige Kopfschmerzen. Droht am Schluß seines geordneten Lebenslaufes mit Selbstmord, wenn die Kopfschmerzen nicht ein Ende nähmen. Stimmung überwiegend heiter, doch schreckhaft. Auffällig neugierig, betrachtet mit kindlichem Interesse die glänzenden Streifen an der Uniform eines Kameraden. Wird plötzlich wütend, als ein Kamerad lacht.

5. 2. Immer noch kindliches Benehmen. Behauptet mit einem Mal, er sei Offizierstellvertreter, weil ein Kamerad ihn so genannt habe. Will auf einen Krankensaal zurückverlegt werden, in dem er zuerst war: „Ich will zur Schwester Paula, da hab' ich Schokolade gekriegt." Schreibt einen kindlichen Brief an seine Mutter mit törichten Übertreibungen und Selbstmorddrohungen, behauptet, Streichhölzer gegessen zu haben, man habe ihm Rock und Hose gestohlen, „Ich hätte mich schon lange aufgehängt, aber dies ist keine Offiziersehre".

16. 3. Zurückbefördert.

Bis 11. Mai 15 in einem Heimatlazarett. Bei einer Untersuchung vor der D.u.-Entlassung im Juni hatte B. krampfartige Zuckungen in den Armen, krampfhaften Lidschluß, lebhaft gesteigerte Sehnenreflexe, Schlafstörung und Überempfindlichkeit gegen Geräusche.

Fall 18. Pionier Richard G. Beruf: Schreiner. Geb. 21. 2. 95.

6. 1. 16. Aufnahme ins Kriegslazarett, liegt in der Zwangsjacke, sträubt sich gegen das Ausziehen, schlägt um sich, zeigt sich dann ängstlich und weint, läßt unter sich gehen. Jammert einförmig: „Mutter, Mutter, komm doch." Macht einförmige Bewegungen (Klappen mit dem Unterkiefer, Schlagen mit den Armen). Aufmerksamkeit schwer zu wecken und zu fesseln, liest die Uhr falsch ab. Bei Fragen nach seinem Namen zeigt er die Erkennungsmarke, nennt ihn dann auf vieles Drängen, weitere Fragen bewirken nur einförmiges Jammern. Kleine, oberflächliche, eiternde Wunde hinter dem rechten Ohr; sonst außer mäßig vergrößerter Schilddrüse nichts Krankhaftes.

8. 1. Etwas zugänglicher, lächelt ab und zu, entwickelt großen Hunger. Schneidet Gesichter, runzelt die Stirn, kneift die Augen zu usw. Benimmt sich zeitweilig sehr kindisch, will aufstehen und zu seiner Mutter gehen. Auf Vorhaltungen schließt er die Augen und schweigt, läßt kurze Zeit danach unter sich gehen. Versucht sein nasses Hemd am Ofen zu trocknen.

12. 1. Wird allmählich lebhafter. Ab und zu noch kindisches Benehmen. Erzählt jetzt, es sei eine Granate in seiner Nähe eingeschlagen, er sei durch einen kleinen Splitter in der Nähe des rechten Ohres verwundet worden, hingefallen und bewußtlos geworden. In der Schule schlecht gelernt. Auf weitere Fragen verfällt er wieder in allerhand absonderliche Bewegungen, schnappt nach Luft, stößt wiederholt dieselben Laute aus.



23. 1. Macht nähere Angaben über den Beginn seiner Erkrankung. Bei dem Granateneinschlag sei er noch in die Deckung gesprungen, sehr erschrocken, wußte dann von nichts mehr. Erinnerungsverlust für die Verbringung nach hierher. Ist erst um Weihnachten ins Feld gekommen und war nur zweimal im Graben. Örtlich orientiert. Den Monat gibt er als Oktober an, weiß aber, daß vor 4 Wochen Weihnachten war. Auf weitere Fragen sagt er November, dann Dezember (Danebenreden). Spielt richtig Karten, paßt dabei sehr gut auf und gibt andern Ratschläge. Bei ihm unangenehmen Fragen verfällt er regelmäßig in Pusten und Plappern.

28. 1. Benimmt sich geordnet, auch zeitlich orientiert, keine motorischen Symptome mehr. Zurückbefördert.

Bei der Ankunft in einem Heimatlazarett wieder erregt, ängstlich einförmige Bewegungen und Sprachäußerungen. Verschlimmerung, seit dem der Lazarettzug mit einem andern Zuge zusammengestoßen war. Jammert kindisch nach seiner bei dem Zusammenstoß verlorenen Pfeife. Nach wenigen Tagen beruhigt, heiter und kindisch. Bedankt sich kindlich für eine halblange Pfeife, die ihm der Stationsaufseher besorgt hat. Bei einer Intelligenzprüfung teilweise einförmige und danebenredende Antworten. Spricht oft kindlich-agrammatisch. Nach Angaben der Angehörigen hat er in der Schule schlecht gelernt, erwies sich als Bäckerlehrling unbrauchbar. Im weiteren Verlauf geordnet, aber schwachsinnig, ab und zu einnässend, am 1. 5. d.u. entlassen. Nach brieflicher Auskunft vom 30. 9. 17 arbeitet G. als Hilfsarbeiter und leidet angeblich noch häufig an Bettnässen und „Nervenanfällen".

Diese Fälle sind ungefähr ebenso häufig wie die heiteren Dämmerzustände und stehen denselben insofern nah, als auch bei ihnen heitere Stimmungsregungen vorkommen. Aber die heitere Verstimmung ist nicht so stark und so gleichmäßig, Ideenflucht und Rededrang kommen kaum vor. Viel häufiger schwankt die Affektlage zwischen Heiterkeit, Schreckhaftigkeit, Zornmütigkeit und ängstlichen Regungen hin und her und wird durch äußere Anlässe stark beeinflußt. Wesentlich an diesen Fällen ist die halb bewußte Übertreibung der Heiterkeit. Es sieht aus, als ob die Kranken eine komische Figur spielen wollten. Sie treiben allerhand gesuchte Albernheiten und Verkehrtheiten, oft in plötzlichen Einfällen. Der eine steckt sich den Gasschlauch in den Mund, „um besser schlafen zu können" (Fall 15). Ein anderer (Fall 16) verkriecht sich hinter dem Bett und steckt den Kopf durch die Bettgabel. Die Kranken schneiden Gesichter, prusten, blöken, schnappen mit dem Munde, besonders wenn man ihnen





unangenehme Fragen stellt. Ihr Zittern und Schwanken hat etwas Gemachtes und Theatralisches. Übertrieben sind auch die Klagen: Fall 16 klagt, er habe eine Kaffeemühle im Kopf, es treibe ihm die Augen auseinander, die Hunde kämen usf. Fall 17 droht mit Selbstmord, wenn seine Kopfschmerzen nicht aufhörten. In einem Brief an seine Mutter prahlt er mit angeblichen Selbstmordversuchen: er habe Streichhölzer gegessen, hätte sich schon aufgehängt, „aber dies ist keine Offiziersehre". Überhaupt sind Prahlereien, wie noch mehr bei den später zu besprechenden expansiven Zuständen, nicht ganz selten. Derselbe Kranke (Fall 17) erklärte plötzlich, er sei Offizierstellvertreter, nachdem ein Kamerad ihn so genannt hatte. Fall 15 will einen Brief mit seinem eigenen Blut geschrieben haben, renommiert, daß er kriegsfreiwillig eingetreten sei, während er in Wirklichkeit vom deutschen Konsulat in der Schweiz eingezogen worden ist. Ein kindliches Gebaren tritt bei einigen Kranken hervor (sog. Puerilismus): Fall 17 schmiegt sich an mich, sagt „di mag i schon", studiert mit Neugier meine Uniform und die glänzenden Litzen am Waffenrock eines Kameraden, will auf den Saal der Schwester Paula zurückverlegt werden, weil er dort Schokolade bekommen habe. Fall 18 will zu seiner Mutter gehen, spricht agrammatisch, näßt ein, zum Teil mit Absicht, ist später sehr unglücklich, weil ihm bei einem Zusammenstoß seines Lazarettzuges mit einem anderen Zuge seine Tabakpfeife verloren gegangen ist. Diesem Verhalten entspricht es, daß die Kranken im Gegensatz zu den heiter Umdämmerten sämtlich viel danebenreden und pseudodement antworten. Hysterische Symptome fehlten in keinem Fall. Puerile Zeichen bei sonst stuporösem Verhalten sah *Gaupp*. *Hennebergs*[1]) Fall „hysterischer Pseudodemenz mit Faxensyndrom" gehört hierher, ebenso Kranke mit Puerilismus, über die *Schmidt*[2]) in einem Vortrage berichtete.

7. Expansive Dämmerzustände.

Fall 19. Inf. Ludwig H. Beruf: Schreiber. Geb. 19. 8. 94.

1. 11. 14. Aufnahme in ein Feldlazarett. War am Tage vorher im Schützengraben erkrankt, ist örtlich und zeitlich desorientiert, weint viel.

[1]) *Henneberg*, D. med. Wschr. 1917, H. 10.
[2]) *Schmidt*, Neurol. Ztbl. 1917, H. 17.

7. 11. Aufnahme ins Kriegslazarett. Geringe Regsamkeit, wenig belebter Gesichtsausdruck, spricht wenig und in kindlich-agrammatischer Weise. Örtlich und zeitlich desorientiert, sei hier in einem Keller, sei schon 2 Jahre hier. Später: er sei auf einer Reise zum Kaiser, solle beim Kaiser Kanonen holen für seine Kameraden, die Kameraden seien noch im Keller, habe geschworen. Zeigt auf seinen Kopf, die Stimmen rufen: „Gedenke deines Schwures." Ruft plötzlich wie aus einem Traum: „Immer denken an Eisernes Kreuz." Körperlich keine Verwundung, vorstehende Augäpfel, Blässe, feinschlägiges Fingerzittern, weite Pupillen, starkes Nachröten, Puls 96, Schilddrüse wenig vergrößert.

10. 11. Befindet sich noch in einem traumartigen Zustande, antwortet oft danebenredend, auf Drängen richtiger. Auf Frage, wo er hier sei, erst „Wo Soldaten, die Verwundeten sind", dann „Revier", endlich „Lazarett". (Welcher Monat?) — (Jahreszeit?) „Herbst." (Jahr?) „1916 oder 17." Will schon 2 Jahre Soldat sein, gibt richtig an, daß der Krieg 1914 ausgebrochen ist. Sein Aluminiumbecher sei aus Silber, will ihn als Geschenk dem Kaiser bringen, wartet täglich auf seinen Chauffeur, der ihn zum Kaiser fahren soll. Spielt wie ein Kind mit Hilfe von Waschschüsseln und aus Papier gefertigten Schiffchen, „Seeschlacht zwischen Deutschen und Engländern", sagt aber auf Frage nach dem Sieger richtig „die Schlacht ist noch nicht entschieden". Schreibt täglich Briefe an seine Kameraden „im Keller". In den Briefen einförmige Wiederkehr derselben Gedanken, „geschworen hab' ich auf liebe Fahne und ewig treu bleiben meinem Kaiser". In einem andern Briefe schreibt er, das Lazarett als Gefangenschaft verkennend und richtige Wahrnehmungen phantastisch und im Sinne der Beeinträchtigung mißdeutend, „viele Kameraden sind gefangen, immer liegen, einem wird die Zunge abgeschnitten — anderen Kopf abgeschlagen — und gestern Abend gestochen — abgewischt damit niemand sieht — ich doch gesehen".

12. 11. Spricht und schreibt weniger agrammatisch, endlich sei er aus der Gefangenschaft befreit, sein Chauffeur habe ihn doch nicht verlassen, sei hier bei guten Leuten, doch könne man keinem trauen, es ständen da Flaschen mit Gift. „Denkt an unseren lieben Kaiser, welcher sich durchgefochten hat bis Paris, wohin ich jetzt fahre mit meinem Chauffeur. Macht euch bereit, heute Nacht haben wir wieder eine Besprechung, aber ruhig damit uns niemand hört, haltet aus so wie ich bis in den Tod. Ihr wißt, das ist das schönste für unseren großen Kaiser zu sterben — habt ihr noch Luft in eurem Keller?" Unter jeden seiner Briefe malt er ein Infanteriegeschoß und eine Fliegerbombe.

13. 11. Wechsel von richtiger und falscher Auffassung, redet von Gefangenschaft, erkennt aber die Schwester und die Krankenwärter als solche. Gesichtsausdruck klarer. Die Erinnerung an die letzten Vorgänge beginnt wiederzukehren: War im Schützengraben, fortwährend platzten die Granaten, er wurde ganz mit Sand verschüttet, verlor das Bewußtsein,



kam in einem Keller wieder zu sich, „da lagen viele Kameraden und schliefen“.

14. 11. Gedankentätigkeit noch sehr gehemmt, rechnet nur langsam, kann Sprichwörter nicht erklären (Es ist noch kein Meister vom Himmel gefallen?) „Weil ich nicht gleich Offizier werde.“ Merkfähigkeit herabgesetzt, gibt immer noch an, der Krieg dauere schon 2 Jahre.

18. 11. Erinnerung an die letzten Erlebnisse wird klarer, gibt eine geordnete schriftliche Schilderung: Ein Zug der Kompagnie befand sich im Schützengraben, die beiden andern in einem Keller einer zerschossenen Ortschaft. Jeden Tag starkes Granatfeuer, auch im Keller keine Sicherheit. „Es waren schreckliche Tage und Nächte, die wir durchzumachen hatten.“ Große Verluste. Am letzten Tag Granatfeuer von zunehmender Stärke. Fortwährende Einschläge in nächster Nähe, dann kam ein Flieger und warf Bomben auf den Graben, plötzlich ein furchtbarer Krach, H. wurde mit Erde überschüttet und erstickte beinahe, wurde ausgegraben, mußte erbrechen, in einen Unterstand gebracht, schlief er oder war bewußtlos, mußte des Nachts im Graben bleiben, habe dann auf einmal geschossen, obwohl es verboten war. Darauf wurde er in einen Keller zurückgebracht, der Feldwebel schrie ihn an, sagte etwas von Verantwortung, Verrücktheit und Daheimlassen, „ich hatte so eine große Wut, daß ich den Feldwebel totschießen wollte und auf ihn anlegte“. Wurde entwaffnet und eingesperrt, schlug alles kurz und klein, von da an keine Erinnerung mehr mit Einschluß des bisherigen Aufenthaltes im Kriegslazarett. Erinnerung an sein früheres Leben wohl erhalten, war früher schon leicht erregbar. Im Frühjahr 14 Gehirnerschütterung durch Fall von einer Leiter.

20. 11. Geordnet, in jeder Hinsicht orientiert, Merkfähigkeit noch etwas herabgesetzt. Klagt, daß ihm manchmal die Gedanken verschwinden. Erinnerungsverlust bis auf die letzten 3 Tage. Schläft unruhig, hat Kopfschmerzen. — 2. 12. Zurückbefördert. — Später hyster. Anfall während Halsentzündung; g.v. entlassen. Nach Wiedereinziehung Febr. 17 hyster. Anfälle, droht mit Selbstmord, kr. u. entlassen.

In diesen seltenen Fällen treten neben den gewöhnlichen Erscheinungen des Dämmzustandes expansive Vorstellungen auf. H. soll zum Kaiser fahren, Kanonen holen, sein Chauffeur wird jeden Augenblick kommen, er hält wie ein Truppenführer „Besprechungen“ ab, ermahnt seine vermeintlich eingesperrten Kameraden mit pathetischen Worten auszuhalten, sein Becher ist aus Silber, er will ihn dem Kaiser schenken. Die Stimmen rufen: gedenke deines Schwures, immer denken an Eisernes Kreuz. Er spricht und schreibt agrammatisch, spielt Seeschlacht mit selbstgefertigten Schiffchen und gleicht darin den eben beschriebenen läppisch-puerilen Formen. Das Danebenreden, die Verdrängung



der richtigen Orientierung, die doch immer wieder durchscheint und gegen Ende des Dämmerzustandes mit der wahnhaften Auffassung der Umwelt wechselt ist sehr deutlich, desgleichen die theatralisch übertreibenden Züge in den Beeinträchtigungsvorstellungen, in der Angabe, der Krieg dauere schon 2 Jahre, endlich darin, daß H. seine Briefe mit der Zeichnung eines Infanteriegeschosses und einer Fliegerbombe unterfertigt. Der Fall ist auch zur Frage der retrograden Amnesie bemerkenswert. Anfangs besteht ein ziemlich weit zurückreichender Erinnerungsverlust, aus dem nur der Aufenthalt in einem Keller in phantastischer Umdeutung aufragt. Die einzige richtige Angabe über die letzten Zeitereignisse ist, daß der Krieg 1914 begonnen habe. Mehr und mehr engt sich dann der Erinnerungsausfall ein, so daß schließlich das auslösende Schreckerlebnis und seine unmittelbaren Folgen deutlich vorgestellt werden können. Gleichzeitig damit versinken aber die späteren Erlebnisse des Dämmerzustandes in Amnesie.

In einem andern Falle erstreckte sich die expansive Bewußtseinsfälschung auch auf die örtliche Orientierung. Der Kranke glaubte in einem Schloß zu sein. Er komme aus der Hölle und solle in den Himmel. Ein dritter Kranker bezeichnete sich als Graf, glaubte als Kriegsberichterstatter ins Große Hauptquartier berufen zu sein. Vereinzelte expansive Vorstellungen traten auch bei einigen der früheren Kranken auf, besonders unter den Läppischen, sowie im Fall 5 nach einem dämmerigen Erregungszustande.

Die Affektlage ist in diesem und verwandten Fällen nicht, wie man angesichts der Größen- und Glücksvorstellungen erwarten könnte, heiter, sondern höchstens zeitweise gehoben und ergriffen, im übrigen aber ängstlich, gereizt, weinerlich.

In der Kriegsliteratur habe ich solche Fälle nicht beschrieben gesehen.

9. Stuporzustände.

Fall 20. Inf. Joseph K. Beruf: Knecht. Geb. 23. 7. 88.

31. 12. 14. Aufnahme in ein Feldlazarett. Am gleichen Tage schlug eine Granate in einen Unterstand und tötete bzw. verletzte mehrere Kameraden des K. K. liegt teilnahmlos da, spricht nicht, zeigt bei Fragen auf



den Hinterkopf, stiert vor sich hin. Keine äußeren Verletzungen. Trommelfellbefund regelrecht, hört wenigstens teilweise, versucht nachzusprechen.

6. 1. 15. Aufnahme ins Kriegslazarett. Augen geradeaus gerichtet, kein Mienenspiel. Katalepsie, auch der Beine. Macht anfänglich gar keine Sprechversuche, auf Drängen vermag er a tonlos nachzusprechen, bei ohrenärztlicher Untersuchung einige Tage später reagiert er dagegen nicht einmal auf Schreien. Es hat sich eine hysterische Taubheit auf die organische Schwerhörigkeit aufgepfropft. Schmerzempfindung allgemein herabgesetzt, reagiert kaum auf starkes Schütteln am Arm. Eine schriftlich gegebene Aufforderung starrt er an, ohne sich zu bewegen, schreibt dann auf: „Kopfschmerzen und auf der Brust so Drehen". Wird ganz lebhaft und flink, solange es sich um Fragen nach seinem Zustand handelt: am 31. 12. sei eine Granate geplatzt, sei erschrocken. Bei Sprechversuchen nur tonlose Lippenbewegungen.

9. 1. Lebhafter, beschäftigt sich mit Lesen, stiert noch viel vor sich hin, Katalepsie geringer. Gesichtsfeld hochgradig konzentrisch eingeschränkt. Lautbildung auch unter Faradisierung noch fast aufgehoben, ab und zu gelingt ein a. Kann nicht pfeifen. Schreibt zum Teil agrammatisch, fordert z. B. einen Kameraden auf, an seine Frau zu schreiben mit den Worten: „Du mir schreiben." Beim Uhrablesen zählt er an den Fingern ab. Bei ärztlicher Untersuchung besonders schwerfällig, beim Bilderbetrachten, Lesen, Rauchen wesentlich gewandter. Nachts zuweilen aufgestanden, wollte die Treppe hinuntergehen, sprach laut.

23. 1. Beginnt zu sprechen, Lesen geht besser als Unterhaltungssprache.

5. 2. Unruhiger Schlaf; im Schlaf Zuckungen im r. Arm. Immer noch schwer besinnlich.

24. 2. Vermag, wenn auch nur flüsternd, zu sprechen. Bei der Unterredung leicht ängstlich, Schweißausbruch. Nachts zuweilen noch unruhig, einmal ein leichter hysterischer Anfall nachts. Lebhafteres Wesen, militärisches Benehmen, Stimmung heiterer. Stimmgabel wird jetzt vor dem rechten Ohr gehört.

Zurückbefördert.

Bei der Aufnahme in ein Heimatlazarett spricht K. zunächst wieder überhaupt nicht, nach Hypnose und elektrischer Behandlung Mitte März mit Flüsterstimme. Bewegungsarm, im Verkehr mit den Kameraden aber wesentlich lebhafter. Gibt an, daß er schon seit einer Kopfverletzung 1914 vor dem Kriege auf dem rechten Ohr schlecht gehört habe. Schmerzempfindung stark herabgesetzt, leicht erregbar, vergeßlich, schwitzt leicht. Allmähliche Besserung des gesamten Zustandes, nur das Hörvermögen wird später als schlechter — völlig taub! — angegeben. Erhielt von Juni bis November 15 Sprech- und Ableseunterricht. 19. 2. 16 d. u. entlassen.

Fall 21. Ferdinand F. Beruf: Dekorationsmaler. Geb. 9. 7. 84.

24. 2. 15. Aufnahme ins Kriegslazarett, sprach nicht mehr, schaute



irren Blickes um sich. Nach Aussagen der Kameraden hatte er von Anfang an große Angst vor dem Schießen. Völlig sprachlos bis auf einige knurrende Laute. Nach Bericht des Truppenarztes vom 22. 2. bei heftigem Artilleriefeuer ohnmächtig im Graben zusammengefallen. Macht vergebliche Sprechversuche, versteht aber, macht sich durch Mienen und Handbewegungen verständlich. Beweglichkeit sehr eingeschränkt, fortwährender Blickwechsel, Schmerzempfindung aufgehoben. Dreht dem Arzt mit einer gewissen Aufdringlichkeit den Nacken zu, weist auf denselben, gibt zu verstehen, daß er dort Schmerzen habe. Nichts Krankhaftes dort festzustellen. Ruckweise Bewegungen des Kopfes, der Arme und des Gesichtes, zum Teil in rhythmischer Wiederholung. Taumelt beim Gehen und Stehen, ist darin aber sehr beeinflußbar. Nach Faradisierung des Halses kommen einige Laute heraus. Linke Pupille weiter als die rechte, sonst kein körperlicher Befund.

25. 2. Gesichtsausdruck freier, keine Nackenschmerzen mehr. Zuckende Bewegungen haben nachgelassen, noch sehr bewegungsarm, stellt sich beim Ergreifen eines Bleistiftes zunächst wie ein Apraktischer an, hantiert ihn dann aber richtig. Hörvermögen rechts herabgesetzt, Trommelfelle frei (ohrenärztliche Untersuchung).

28. 2. Sprache noch aufgehoben, Mienenspiel apraktisch, schreibt auf: „Ich war zuletzt im Graben, mehr weiß ich nicht — wir haben starkes Feuer bekommen — zuletzt habe ich nur Feuer gesehen.“ Schon früher leicht aufgeregt und schreckhaft. Psychisch frei.

5. 3. Unter Faradisieren und Sprechübungen Besserung der Sprache.

20. 3. Spricht mit Flüstersprache lange Worte.

12. 5. Sprachstörung weiter gebessert. Zurückbefördert.

Nach brieflicher Mitteilung vom 1. 10. 17 ist F. a.v. bei seinem Ersatzbataillon seit 5. 8. 17. Hörvermögen rechts aufgehoben, ab und zu Schwindelgefühl, Stimme noch heiser.

Fall 22. Pionier August R. Beruf: Tischler. Geb. 12. 3. 84.

23. 5. 16. Aufnahme ins Kriegslazarett. Benommener Gesichtsausdruck, schlaffe Bewegungen, spricht weder spontan noch auf Fragen, läßt sich ruhig zu Bett bringen, ab und zu plötzliches Herumwerfen des Kopfes, blickt nach verschiedenen Richtungen. War anfangs erregt, zeigt an den Handgelenken Hautabschürfungen und Schnürfurchen, bestätigt durch Kopfnicken, daß er gebunden worden sei, antwortet dann auch, er wisse nicht, warum, gibt Namen und Truppenteil an, stottert. Seine Krankheit sei durch das Schießen gekommen, durch das Trommelfeuer an der V....höhe beim gestrigen Sturm, wisse nicht, was weiter geschehen sei. Sieht sich auf Frage nach Umgebung ratlos um, erkennt auch den Arzt nicht als solchen, kann die Zeit nicht angeben. Schmerzempfindung am ganzen Körper fehlt, verharrt in gegebenen Haltungen. Körperlich sonst o. B.



24. 5. Bewußtsein klar, Erinnerungsverlust wie gestern. Klagen über Kopfschmerzen. Örtlich und zeitlich orientiert.

26. 5. Bedeutend lebhafter, Schmerzempfindung nicht mehr herabgesetzt. Gibt über den Beginn der Erkrankung genaueres an: Sei im Unterstand gewesen während eines Trommelfeuers, wurde ganz verdreht im Kopf, war aber nicht verschüttet oder verwundet. Ist erst seit April wieder im Felde, war im Oktober 15 in der Champagneschlacht verschüttet und hat im Anschluß daran eine Geistesstörung durchgemacht. Nach Krankenblatt Bewußtlosigkeit nach Granateneinschlag, kurzdauernder Stuporzustand mit nachfolgenden mehrwöchigen nervösen Beschwerden (Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Schwindel).

Über sein Vorleben gibt er an: stiller, ernster Mensch, leicht besorgt und ärgerlich, bei Tadel leicht verletzt, bei Meinungsverschiedenheiten leicht gereizt.

2. 6. 16. In Heimatlazaretten, seelisch frei, anfangs Klagen über Schwindelgefühl, Mattigkeit und Kopfschmerzen. G. v. entlassen.

Fall 23. Inf. Franz E. Beruf: Krankenpfleger. Alter: Mitte der 20er Jahre.

29. 10. 14. Aufnahme ins Kriegslazarett. Verzerrter, starrer Gesichtsausdruck, sträubt sich beim Zubettbringen, bleibt in der Ecke des Bettes sitzen, weicht bei Annäherung anderer Personen reflexartig zurück, ohne einen Affekt in seinem Gesicht zu verraten. Bei körperlicher Berührung, Versuch, seine Lage zu ändern, wehrt er ab, kratzt, schlägt zu, nimmt aber Nahrung und verhält sich sauber.

14. 11. Unverändert stuporös und ablehnend, sträubt sich heftig beim Waschen und Anziehen eines andern Hemdes. Bisher keine Sprachäußerungen.

7. 11. Leichte Besserung. Wäscht sich selbst, geht manchmal ans Fenster und rüttelt daran. Immer noch stumm.

14. 11. Gesichtsausdruck etwas lebhafter, noch immer die reflexartige Abwehr.

27. 11. Noch stumm, liegt aber in bequemer Haltung mit freierem Gesichtsausdruck, läßt sich anfassen.

23. 11. Gibt zum ersten Mal die Hand bei der Visite, spricht zum ersten Mal, verneint, Kopfschmerzen gehabt zu haben, sonst keine Äußerungen.

24. 11. Sehr rasche Besserung. Spricht mühelos. Bewegungen frei, keine Abwehr. Ist örtlich orientiert, hat Erinnerungsverlust für die letzte Zeit und den Beginn der Erkrankung, klagt über Gedankenerschwerung.

27. 11. Vollkommen geordnet. Hilft, da er Krankenpfleger ist, fleißig im Krankensaal, berichtet eingehend und vollkommen geordnet über sein früheres Leben und seine Feldzugserlebnisse. Ende Oktober — genaues Datum kann er nicht angeben — meldete er sich freiwillig zu



einer Patrouille, wurde dabei stark von Artillerie beschossen, wurde aufgeregt, bekam Kopfschmerzen, Zittern und Ängstlichkeit, besonders nachdem ein Schrappnellzünder dicht neben ihm eingeschlagen war. Kehrte abends in den Schützengraben zurück, legte sich, vor den Kameraden sich verbergend, in den Unterstand und erfuhr abends von andern Soldaten, daß seine Kompagnie schon ins Quartier abgerückt sei. Am folgenden Tage Angriff gegen den englischen Graben, unter starkem Artilleriefeuer. Die Kompagnie mußte im freien Gelände liegen bleiben und wurde von drei Seiten beschossen, jeder erwartete jeden Augenblick sein Ende, sie lagen den ganzen Tag in großer Aufregung im Feuer und konnten erst am Abend zurückgehen. Am folgenden Tage — die Angaben darüber sind unklar — suchte E. mit einigen Kameraden seine Truppe, von der er abgekommen war, kam wieder ins Artilleriefeuer, suchte Deckung im Keller eines Hauses. Die letzte Erinnerung ist, daß ein Geschoß in das Dach des Hauses einschlug und ein dumpfes Geroll ertönte. Über seine frühere Vergangenheit gibt er an: immer sehr ernst, empfindlich, jähzornig, wollte seinen Vater einmal erschießen, weil derselbe seinen Bruder aus dem Hause gewiesen hatte. Lauerte dem Vater am Wege auf, stand dann aber von seinem Vorhaben ab. Vater und alle Geschwister seien aufgeregt, ein Bruder in einer Irrenanstalt, eine Base habe eine Geisteskrankheit durchgemacht, offenbar einen Stuporzustand.

1. 12. Zurückbefördert. Nach brieflicher Auskunft nicht wieder erkrankt.

Fall 24. Inf. Richard W. Beruf: Bankbeamter. Geb. 23. 5. 92.

27. 1. 15. Aufnahme in ein Feldlazarett. Soll während eines Angriffes erkrankt sein (Verschüttung?). Er habe nichts mehr gesprochen und sich eigentümlich benommen. W. ist vollkommen unzugänglich, blickt mit leerem Gesichtsausdruck um sich oder hält die Augen geschlossen, gibt keine Antwort, befolgt keine Aufforderung, nimmt aber das ihm dargereichte Essen. Nach einer Weile richtet er sich plötzlich auf, sieht gespannt horchend nach der Tür, macht wiederholt und blitzschnell die Bewegung des Ladens und Schießens, ohne etwas zu sprechen, legt sich wieder zurück. Die erhobenen Arme und Beine läßt er schlaff herunterfallen. Keine Katalepsie. Auf Nadelstiche keine Reaktion. Bei Frage, ob er traurig sei, schluchzt er. In der Nacht ruft er wiederholt: „Die Engländer, die Engländer.“ Verhält sich sonst ruhig.

29. 1. Unverändert stuporös. Bei Bestreichen der Fußsohle ruft er plötzlich: „Laßt mich in Ruh!“, sucht an das Fenster zu springen.

30. 1. Aufnahme in das Kriegslazarett. Liegt regungslos mit starrem Blick. Leichte Steifigkeit im Unterkiefer und negativistisches Widerstreben. Keine Katalepsie. Beim Herausführen aus dem Bett steht er mit verdrossenem Gesicht da. Ruft später plötzlich: „Herrgott, Donnerwetter — mir nach — Engländer!“ Spricht sonst nicht. Körperlich ohne Befund.



31. 1. Noch äußerst bewegungsarm, spricht nicht auf Anrede, höchstens ganz kurz bei Verlangen nach dem Essen. Einzelne Ausrufe mit Bezug auf Kriegserlebnisse, die anscheinend halluziniert werden: von Engländern, Toten, dann auch, als ob er Zwiegespräche halte, „Was hast du denn raus? 67 Ps. Na, dann stimmt's." Ißt selbst und hält sich sauber. Abends lebhafter, gibt einige Antworten, sehr schwer besinnlich, wiederholt die einfachsten Fragen, als ob er sie nicht verstehe, kommt auf die naheliegendsten Dinge nicht (Geburtsdatum, Regiment, Firma), weiß aber andere und verwickeltere Tatsachen; daß er Ingenieur sei, seine Mutter nervenkrank gewesen sei. Wußte den Mitkranken gegenüber mehreres, was er beim Arzt nicht anzugeben vermag. Verfällt immer wieder in traumhaftes Vorsichhinreden, lebt dann in der Erinnerung des letzten Sturmangriffes, macht Bewegungen des Gewehranlegens und Schießens. Auf Fragen werden nur Bruchstücke dieser Erlebnisse berichtet: Engländer seien da gelegen — die Kameraden wollten nicht mehr mit — es war Wasser da — er sollte Essen bei der Feldküche holen. Örtlich im allgemeinen orientiert (Krankenhaus), bezeichnet aber den Arzt als einen Kollegen von sich. Zeitangabe kann nicht gemacht, die Uhr nicht abgelesen werden, sehr lückenhafte Erinnerung an die letzten Erlebnisse.

2. 2. Wesentlich gebessert, zugänglich, antwortet, bewegt sich frei, örtlich orientiert, zeitlich noch ungenau (Januar). Weiß nicht, wie lange er hier ist, letzte Erinnerungen jetzt klarer: sollte abends Essen holen bei der Feldküche, stolperte über tote Engländer, habe einen Verwundeten weggetragen; als er wieder zum Feldwebel kam, schlug ihm der über den Kopf; erklärt theatralisch: „Ich weiß genau, warum".

7. 2. Völlig orientiert. Beschäftigt sich immer noch viel mit den letzten Kampferinnerungen, spricht übertreibend von den massenhaften Granateinschlägen, ganze Bäume habe es umgerissen. Schimpft über seine Kameraden, die Angst gehabt hätten. Klagt über Mattigkeit, Kopfweh und schlechten Schlaf. Als er schießen hört, sofort erregt: „Gebt mir meine Knarre — kommen die Engländer da herein?" Stimmung im Gegensatz zu den ersten Tagen heiter, zu Scherzen geneigt. Uhrablesen richtig, langsam, Rechnen für einen Techniker sehr schlecht und langsam. Unterschied von Berg und Gebirge erst nach angestrengtem Überlegen angegeben. Schweift leicht ab. Einfache Dinge und persönliche Erinnerungen stehen ihm wieder zur Verfügung.

8. 2. Sieht wohler aus, Schlaf besser. Erinnerung an die letzten Erlebnisse wird reichlicher: am Abend des letzten Tages, an den sich W. erinnert, wurde die Kompagnie als Reserve in eine Ortschaft vorgezogen. Abends bekam er den Auftrag, Essen in die vorderen Schützengräben zu bringen, dabei lebhaftes Granatfeuer, konnte zeitweilig nicht weiter, erschrak heftig, kehrte zur Kompagnie zurück, bekam deshalb vom Feldwebel ein paar Ohrfeigen und wurde wieder vorgeschickt. Auf dem Wege



wieder in lebhaftes Feuer, mußte über tote Engländer hinwegsteigen, die in Menge umherlagen, nahm auf dem Rückweg einen Verwundeten mit, den er zeitweilig trug, mußte durch Wasser waten, verlief sich, kam an zerschossene Häuser, dann bricht die Erinnerung ab. Über sein Vorleben gibt er an, daß er schon im Frieden oft Kopfweh gehabt habe. 23. 11. 14 bis 7. 1. 15 Gelenkrheumatismus. War sehr aufgeregt darüber, daß er kurze Zeit danach wieder ins Feld geschickt wurde.

11. 2. Tagüber ruhig, geordnet, in der Nacht aufgestanden und herumgegangen.

21. 2. Zurückbefördert.

W. ist bald wieder ins Feld gekommen und im November 15 wegen Verstauchung eines Fußes, von Mai bis November 16 wegen Magenleiden mit allgemeinen nervösen Beschwerden in Behandlung gewesen, aber nicht wieder psychisch erkrankt.

Fall 25. Inf. Max G. Beruf: Arbeiter. Geb. 4. 4. 94.

29. 2. 16. Aufnahme ins Kriegslazarett. Nach ärztlichem Bericht wurde G. am 28. 2. auf einer Straße aufgegriffen und zur Ortskommandantur gebracht. Dort traf ihn der Arzt auf einem Stuhle sitzend vor sich hinlachend, stets dieselben Worte wiederholend: „Wo ist bloß mein Kopf? ich sehe meinen Kopf.“ Schmerzempfindung am ganzen Körper aufgehoben. Plötzliches Weinen. Aus einzelnen Äußerungen des G. ist zu entnehmen, daß er, als er mit seinem Freunde Max aus dem Unterstande kam, von einer platzenden Mine überrascht wurde. Bei der Aufnahme ins Lazarett lacht er beständig, spricht einförmig vor sich hin: „Mein Max, mein Max“, befolgt keine Aufforderung, beantwortet keine Fragen, hat Tränen in den Augen, obwohl er lacht. Schmerzempfindung aufgehoben. Auf alle Fragen werden nur die stereotypen Worte „Mein Max“ geäußert, einmal auch: „Max, komm' 'raus aus dem Unterstand!“ Nach Angabe der Begleiter ist er der einzige, der aus dem Unterstand lebend herausgekommen ist.

6. 3. Etwas zugänglicher, reagiert auf Ansprechen, macht sich schriftlich verständlich. Sprechvermögen aufgehoben, auch die früheren stereotypen Worte „Mein Max“ können nicht gesprochen werden. Schreibt einen geordneten Lebenslauf, hat nach demselben schon früher gestottert. Am letzten Tage, an den er sich erinnert, wurde durch eine einschlagende Granate der Eingang zum Unterstand verschüttet. G. spürte plötzlich heftige Kopfschmerzen, arbeitete sich aus dem Unterstand heraus, bekam noch etwas auf den Kopf und konnte vor Schreck nicht mehr sprechen. Vor Aufregung sei er einfach losgelaufen, immer weiter. Unklare Erinnerung für das Weitere, weiß nicht, wie er hierher gekommen ist. Das einförmige Lächeln ist verschwunden.

9. 3. Stimmung gleichmäßig freundlich, lächelt noch ziemlich viel. Unter Sprechübungen und Elektrisieren gelingen einzelne Vokale. Kopfschmerzen geringer. Bei Sprechversuchen starke Mitbewegungen.



20. 3. Durch Sprechunterricht allmähliche Wiederherstellung der Sprache. Der Erinnerungsverlust erstreckt sich jetzt auf Vorgänge, die anfangs noch erinnert wurden (Beschießung, Verschüttung des Unterstandes, Fortlaufen). Deutliche Erinnerung erst an die letzten 3 Tage. Klagen über Schwindelgefühl. Beim Stehen mit geschlossenen Augen und aneinandergestellten Füßen tritt nach einiger Zeit leichtes Schwanken ein, sonst kein objektiver, nervöser Krankheitsbefund. Schon früher oft Kopfschmerzen, habe schon vor dem Kriege bei Aufregungen manchmal kein Wort herausgebracht, auch im Felde manchmal vorübergehender Sprachverlust. Sprache jetzt ungestört.

31. 3. Zurückbefördert.

Nach brieflicher Auskunft vom 30. 9. 17 aus dem Heeresdienst entlassen. Arbeitet als Elektromonteur. Bei Aufregungen Kopfschmerzen und Stottern.

Die Kranken werden entweder sofort vom Stupor befallen, oder die Psychose beginnt mit einer tobsüchtigen Erregung, ähnlich den dämmerigen Erregungszuständen (Fall 22). Die Bewegungshemmung geht öfter mit Katalepsie einher, wie ich gegenüber einer Angabe von *Schmidt* bemerken möchte[1]), und kann sich zu apraktischer Bewegungsunfähigkeit steigern (Fall 21). Sie ist mehr oder weniger abhängig von seelischen Vorgängen und verhält sich darin wie die Schwererweckbarkeit der Vorstellungen bei den Dämmerzuständen (Pseudodemenz und Vorbeireden). Auch Fall 23, der den schwersten und längsten Stupor (30 Tage) durchmachte, den ich gesehen habe, nahm Nahrung und verrichtete seine Notdurft in geordneter Weise, trotz sonstiger völliger Regungslosigkeit. Fall 20 vermag ungeachtet einer sonst allgemeinen und ausgesprochen apraktischen Akinese durch Bewegungen auf seinen schmerzenden Nacken aufmerksam zu machen. Er ist dem Arzt gegenüber viel unbeholfener als im Verkehr mit den Kameraden. Er kann nicht schreiben, raucht aber gewandt. Nachts steht er auf und will im Halbschlaf die Treppe hinuntergehen, während er sich sonst kaum zu rühren vermag. Bei Fall 24 wird die motorische Hemmung häufig von ängstlicher und halluzinatorisch bedingter Erregung unterbrochen, in der sich W. völlig frei bewegt. In Fall 25 ist der Sprechapparat anfangs

[1]) *Schmidt*, Schizophrenie und Dienstbeschädigung. Mschr. f. Psych. u. Neurol. 40, H. 4, 1916.



Die hier unterschiedenen Formen psychischer Störung nach Schreck sind — wie das auch von anderen Beobachtern schon hervorgehoben wurde — keineswegs scharf getrennt. Man ist hier und da im Zweifel, ob man ein Zustandsbild mit Angst, Sinnestäuschungen und Desorientierung als Dämmerzustand oder angesichts einer mehr minder erheblichen motorischen Hemmung als Stupor bezeichnen soll. Die Unterschiede zwischen einem Dämmerzustand und einem durch reichlichere Sinnestäuschungen und Erregung gekennzeichneten Delir schwanken an und für sich. Aber die verschiedenen Bilder gehen nicht nur ineinander über, sondern es folgen auch manchmal bei einem und demselben Kranken verschiedene Zustände aufeinander. So folgt häufig auf eine dämmerige Erregung ein länger dauernder Stupor, ein Dämmerzustand oder ein Delir.

Es fehlen unter den von mir beobachteten Schreckpsychosen Depressionszustände, Manien und paranoische Bilder. Dies gilt allerdings nur, insofern man nur die eigentlich psychotischen Schreckfolgen berücksichtigt. Als Schreckneurosen kommen depressive Verstimmungen ja ungemein häufig vor. Aber die Depression der Schreckneurose ist keine einfach traurige Verstimmung, wie bei der Melancholie, sondern wird mehr durch Schreckhaftigkeit, Ängstlichkeit. Reizbarkeit und labile Stimmung gekennzeichnet, sehr oft gesellen sich körperliche hysterische Symptome hinzu. Lag bei einem Schreckkranken eine schwere melancholische Depression vor, so war sie regelmäßig auch von anderweitigen schwereren Symptomen — von Umdämmerung, Desorientierung oder Stupor — begleitet. Nie sah ich eine einfache Verstärkung der Depression im Sinne einer Melancholie mit Insuffizienzgefühlen, Selbstvorwürfen, Selbstmordneigung. *Steiner*[1]) beschreibt die psychogene Depression eines 52jährigen Kriegsfreiwilligen, der zusehen mußte, wie ein junger Kriegsfreiwilliger an einem Bach von einem Volltreffer getötet wurde, nachdem er ihn selbst zu der betreffenden Stelle hingewiesen hatte. Er geriet in starke Erregung mit Zittern, machte sich

[1]) *Steiner*, Neurologisches und Psychiatrisches im Kriegslazarett. Ztschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol. 30, H. 2—3.



Vorwürfe und äußerte Selbstmordgedanken; rasche Heilung. Eine melancholische Depression lag auch hier nicht vor. Auch ist die Psychose keine reine Schreckwirkung, sondern zugleich Äußerung einer Verschuldungsangst. Ein Kranker von *Stelzner*[1]), der nach Granatexplosion zitterte und „monatelang melancholisch war", ist zu flüchtig beschrieben, um erkennen zu können, ob wirklich eine schwere Depression von psychotischer Höhe vorgelegen habe. Somit ergibt auch die Durchsicht der Kriegsliteratur, daß depressive Psychosen — selbstredend abgesehen von den ängstlichen Dämmer- und Stuporzuständen — insbesondere rein melancholische Bilder, nach Schreckerlebnissen nicht sicher nachgewiesen sind. Die depressiven Zwangszustände[2]) gehören ebenfalls in das Gebiet der Neurosen und nicht in das der Psychosen. Ich habe übrigens keine Schreckneurose mit Zwangsvorstellungen gesehen und muß diese Fälle für sehr selten halten. Psychogene Depressionen sind jedenfalls im Heimatgebiet während des Krieges viel häufiger als im Felde. Hier entstehen sie nach unsern Beobachtungen aus Furcht vor Strafe, aus Furcht, ins Feld zu kommen, unter dem Druck der dem Kranken nach seiner Veranlagung unerträglichen militärischen Situationen, nach Konflikten mit Vorgesetzten[3]).

Von paranoischen Zuständen, die mit Schreck zusammenzuhängen schienen, habe ich nur einen Fall gesehen. Doch war die Psychose nicht unmittelbar in voller Entfaltung nach Schreck aufgetreten, sondern hatte sich allmählich, angeblich nach einem Granateinschlag in nächster Nähe, entwickelt. Es handelte sich im übrigen um ein depressives Bild, das monatelang anhielt und bei der Entlassung aus dem Heimatlazarett noch nicht völlig abgeklungen war. Der Beginn dieser offenbar endogenen Erkrankung fiel wohl nur zufällig mit einem Schreckerlebnis zeitlich zusammen. Die Halluzinose des Falles 10 hat zwar die

---

[1]) *Stelzner*, Die Kriegsverwendungsfähigkeit des Psychisch-Abnormen. Arch. f. Psych. Bd. 46, 1916.

[2]) Vgl. *Birnbaum*, 2. Sammelref. S. 39. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref. Bd. 12.

[3]) *Ruben*, Psychogene Psychosen im Heimatgebiet bei Kriegsteilnehmern. Allg. Ztschr. f. Psych. 1918, dieses Heft, S. 409.

Beeinträchtigungsvorstellungen mit den paranoischen Zuständen gemeinsam, ist aber doch vornehmlich durch Gehörtäuschungen ausgezeichnet. In einem von *Zange*[1]) berichteten Falle — paranoisch gefärbte Depression mit hysterischen Beimengungen — bleibt es ungewiß, ob die Erkrankung sich an einen Schreck angeschlossen hat. Sonst ist mir auch aus der Kriegsliteratur von paranoischen Schreckpsychosen nichts bekannt geworden.

In bezug auf manische Krankheitsbilder gilt dasselbe wie für die depressiven Zustände. Es gibt wohl einzelne hypomanische Schreckneurosen, ist die heitere Verstimmung aber stärker, dann tritt uns nicht eine voll entwickelte Manie entgegen, sondern es gesellen sich Bewußtseinstrübung, Desorientierung, läppische Einfälle oder andere Zeichen der psychogenen Dämmerzustände hinzu.

Die heftige Gemütserschütterung des Kriegsschrecks ruft demnach ganz überwiegend heteronome[2]) Bilder hervor, d. h. die dem normalen Seelenzustande fremden Symptomenkomplexe des Dämmerzustandes, der dämmerigen Erregung, des Delirs, der Halluzinose, des Stupors. Beachtenswert ist, daß unter den heteronomen Bildern die hyperkinetische Erregung (sog. Amentia) fehlt, und daß die dem paranoischen Zustande eng benachbarte Halluzinose nur einmal vorkam. Die homonomen, dem gesunden Geistesleben verwandten und der Einfühlung zugänglichen Formen der Manie, der Melancholie und der Paranoia fehlen entweder oder kommen nur in neurotischer Abschwächung vor, wobei die Schreckneurose weniger den Charakter einer abgeschwächten Melancholie als den einer reizbaren schreckhaft-ängstlichen Verstimmung hat.

Man könnte demnach die ersterwähnten Störungstypen auch als Prädilektionstypen der Schreckemotion bezeichnen mit derselben Einschränkung, mit der sie als Prädilektionstypen der physikalisch-toxisch-infektiösen Hirnschädigung gelten können.

---

[1]) *Zange*, Über hysterische (psychogene) Funktionsstörungen des nervösen Hörapparates im Kriege. Vortrag. Münch. med. Wschr. 1915, H. 28.

[2]) Zu der Unterscheidung von heteronomen und homonomen Zustandsbildern s. meine Arbeit über die postoperativen Psychosen. Berlin 1916.

Sie über die Schreckemotion hinaus etwa als Vorzugsbilder der psychogenen Seelenstörung zu betrachten, wäre natürlich falsch, da z. B. unter der seelischen Einwirkung der Haft auch depressive und paranoische Zustände reichlich vorkommen. Der Unterschied zwischen den heteronomen Bildern nach Schreck und den Syndromen, die nach physikalischer, toxischer und infektiöser Hirnschädigung auftreten, liegt darin, daß letztere eine allgemeine gleichmäßige und nur von der Zeit abhängende Störung darbieten (Amnesie oder Erinnerungsschwäche von einem gewissen Zeitpunkte ab!), erstere dagegen einen elektiven Charakter und eine Abhängigkeit der Symptome von einzelnen seelischen Erlebnissen, von Wünschen, Befürchtungen und Strebungen aufweisen. Daß die Elektivität nicht immer deutlich nachweisbar ist, geht aus den Krankengeschichten hervor, daß sie in geringerem Grade auch bei organischen Erkrankungen, besonders bei der Dementia praecox, vorkommen kann, ist bekannt.

In 16 von den der Arbeit zugrunde liegenden 35 Krankengeschichten sind hysterische Symptome vermerkt. Auf ihre besondere Häufung bei den Stuporformen wurde in der Beschreibung der Fälle hingewiesen, auch darauf, daß sie nicht nur zuweilen nach der Psychose zurückbleiben, sondern sich erst nach Ablauf derselben entwickeln. Bei einem nicht veröffentlichten Kranken trat eine hysterische halbseitige Lähmung an demselben Morgen auf, an dem ein Dämmerzustand zur Klärung gekommen war.

Störungen der Herztätigkeit, der Gefäßinnervation und der Schweißabsonderung sind wesentlich seltener und wurden nur sechsmal vermerkt (beschleunigte Herztätigkeit, gesteigertes Nachröten und spontane Hautrötungen, vermehrte Schweißbildung). Sehr bemerkenswert ist das Fehlen der Psychoreflexe der Pupille, das *Schmidt* bei schweren Dämmer- und Stuporformen nach Minenverschüttungen und Geschoßexplosionen feststellte und als Angststarre der Pupille auffaßt.

II. Ursachen.

Die Schreckerlebnisse, an die sich in den 34 Fällen Schreckpsychosen anschlossen, waren, im einzelnen und nach der Häufigkeit geordnet, folgende:



nahe einschlagende Granate, Mine oder Fliegerbombe... 14
lange dauernde Artilleriebeschießung (Trommelfeuer).... 8
feindlicher Sturmangriff mit Einbruch des Feindes in die Stellung.... 6
Verschüttung im Unterstande.... 3
Minensprengung.... 2
Überfall auf Horchposten.... 1

Oft gestalten die einzelnen Umstände das Schreckerlebnis besonders grauenvoll. Man denke an Fall 6: erst das Minen- und Granatfeuer, darauf Sturmangriff der Schotten, Verwundung des Leutnants, dem dann noch der Kopf abgerissen wird, endlich die Minensprengung. Sehr häufig wirken mehrere Ursachen zusammen: der Einschlag einer Granate, Mine oder Fliegerbombe erfolgt erst nach längerer Artilleriebeschießung; der Minensprengung, dem feindlichen Sturmangriff, der zum Einbruch des Feindes in die Stellung führt, ist Trommelfeuer vorausgegangen; der Unterstand wird erst nach langer Beschießung getroffen und verschüttet. In allen diesen Fällen ist das auslösende Erlebnis das letzte Glied einer Kette schreckerregender Eindrücke. Es kommt zum einmaligen heftigen Schreck die Summation der vorausgegangenen Gemütserschütterungen und die im Laufe längerer Zeit angestaute erwartungs- bezw. angstvolle Spannung. In den 8 Fällen, bei denen die Psychose nur nach langdauernder Artilleriebeschießung ausbrach, war ein einzelnes Schreckerlebnis, z. B. nahe einschlagende Granate, nicht nachweisbar. Es hat möglicherweise trotzdem stattgefunden, nur konnte der Kranke nichts davon berichten, weil er bewußtlos wurde, und das auslösende Erlebnis in einen Erinnerungsverlust einbezogen wurde. Man wird aber annehmen müssen, daß auch ohne ein besonderes einzelnes Schreckerlebnis durch lange fortgesetzte heftige Artilleriebeschießung in einzelnen Fällen die Psychose verursacht worden ist. Das sind die Fälle, die mit einigem Recht auch als Erschöpfungspsychosen bezeichnet werden können. Allerdings liegt dann keine Erschöpfung in dem gewöhnlichen Sinne der allgemeinen körperlichen Erschöpfung, auch keine geistige Erschöpfung durch überlange und überstarke geistige Anstrengung, sondern eine ganz umschriebene Erschöpfung des Affektlebens vor. Es ist aber richtiger, diese affek-



tive Erschöpfung den Schreckeinwirkungen unterzuordnen oder doch nahezustellen, da sie sonst mit den so vollständig anders gearteten Einwirkungen der körperlichen Erschöpfung vermengt würde. Auch läßt sich die affektive Erschöpfung praktisch nicht von der einmaligen Schreckeinwirkung absondern. Ein Mitwirkung affektiver Erschöpfung ist auch in dem Sinne anzuerkennen, als mehrere Kranke angaben, sie hätten schon seit einigen Tagen, Wochen oder Monaten, manchmal seit einem früheren Schreckerlebnis, ein Nachlassen ihrer affektiven Widerstandsfähigkeit bemerkt. Gegen eine Verwischung der Grenzen zwischen Erschöpfung und Schreck spricht jedoch die auch nach meinen Kriegserfahrungen feststehende Tatsache, daß nach reiner körperlicher Erschöpfung Psychosen außerordentlich viel seltener auftreten als nach Schreckerlebnissen. Ich habe nur 2 Erschöpfungspsychosen — in der Form hysterischer Dämmerzustände — gesehen. Die neuerdings wieder von *H. Stelzner*[1]) aufgestellte Behauptung von der Häufigkeit der Erschöpfungspsychosen widerspricht nicht nur allen anderen Erfahrungen, sondern wird auch durch die Fälle der Verfasserin nicht bewiesen.

Alle meine Beobachtungen entstammen der Zeit des Stellungskrieges. Nur einmal sah ich eine Schreckpsychose bei einem Angriff (Fall 2), sonst immer während der Grabenverteidigung

[1]) *Stelzner*, Erschöpfungspsychosen bei Kriegsteilnehmern. Arch. f. Psych. 57, 3, 1917. In einem Falle handelte es sich eher um eine Alkoholhalluzinose als um eine Erschöpfungspsychose (Fall 5), in einem andern (Fall 14) um einen Dämmerzustand nach einer unklaren Infektionskrankheit (Typhus oder Ruhr). Fälle 3, 11 und 15 waren offenbar psychogene Psychosen mit ausgeprägtem Heimatswunsch. Hier wie auch in andern Fällen lag eine schwere, auch körperlich nachweisbare Erschöpfung nicht vor. Höchstens könnte eine affektive Erschöpfung in Betracht kommen. Die einzigen Beobachtungen, deren Zusammenhang mit Erschöpfung mir gesichert erscheint, sind die beiden Fälle 1 und 2 mit Schlafsucht. Bezeichnend für die Auffassung der Verfasserin ist, daß sie alle Krankheitsfälle ihres Materials zu den Erschöpfungszuständen rechnet, die nicht der Schizophrenie, der Paranoia, dem manisch-depressiven Irresein, der Dementia paralytica, praesenilis und senilis, dem Alkoholismus, Morphinismus oder Kokainismus angehörten. Daß sie in einem der Südfront so nahe gelegenen Ort wie Innsbruck keine Schreckpsychose gesehen hat, ist doch auffällig.

auftreten. Auch darin zeigt sich, daß die Schreckeindrücke wesentlich durch die häufige Wiederholung und die langdauernde Affektspannung unterstützt werden, während andererseits die ablenkenden und belebenden Eindrücke des Angriffs und des Bewegungskrieges fortfallen. Der Infanterist ist den schädigenden Eindrücken am stärksten ausgesetzt. Dem entspricht es, daß von den 34 Erkrankungen 29 Infanteristen betrafen; 4 waren Pioniere, und einer Artillerist.

Eine schwierige Frage ist das Verhältnis der Schreckwirkung zu einer gleichzeitigen mechanischen Gehirnschädigung, sei es, daß der Schädel vom Geschoß getroffen wird, sei es, daß der Mann vom Luftdruck umgeworfen oder weggeschleudert wird und mit dem Kopf aufschlägt, oder daß Schädel und Gehirn durch die Luftdruckwirkung allein beschädigt werden[1]). Gröbere Schädel- oder Gehirnverletzungen lagen in keinem Falle vor, einmal (Fall 18) eine kleine Hautverletzung am Hinterkopf, aus der ein Metallsplitterchen entfernt wurde. Nie fanden sich sonst Schwellungen oder Blutunterlaufungen am Schädel, nie Herdsymptome seitens des Gehirns. Trotzdem können Luftdruckschädigungen des Gehirns in einigen Fällen vorgelegen haben, da sich 6 mal Trommelfellzerreißungen und andere Ohrschädigungen durch Luftdruck bezw. Knall fanden. 15 mal war vorübergehende Bewußtlosigkeit eingetreten, oder war doch nach den Angaben der Kranken als wahrscheinlich anzunehmen. Von leichter Benommenheit, die noch einige Male berichtet wurde, sehe ich ab, da sie kein eindeutiges Symptom ist. Aber auch die Bewußtlosigkeit kann, besonders wenn wie in unseren Fällen keine weiteren organischen Gehirnsymptome vorhanden sind, nicht mit Sicherheit auf eine mechanische Gehirnschädigung oder auf Vergiftung durch Geschoßgase zurückgeführt werden. Es kann sich auch um — vasomotorisch bedingte? — Schreckohnmachten gehandelt haben. Immerhin ist es bemerkenswert, daß in den Beobachtungen von *Stierlin* bei Erdbeben und Eisenbahnunfällen trotz schwersten

[1]) Vgl. die Beobachtungen von *Hansemann* (zit. nach *Bonhöffer*, Monatsschr. XVII, 1, 1917), *Harzbecker*, D. med. Wschr. 1914, H. 47, *Goldmann*, Jahresbericht f. Psych. u. Neurol. 1915, *Mislowich*, Med. Klin. 1914, Nr. 17, *Léri*, Ref. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref. Bd. 15, H. 1.



Schreckens keine Bewußtlosigkeit eintrat, sofern eine Schädelverletzung ausgeblieben war. Man muß daher doch mit der Möglichkeit rechnen, daß bei einigen Kranken eine irgendwie geartete mechanische Gehirnschädigung insofern mitgewirkt hat, als sie eine vorübergehende Bewußtlosigkeit verursachte. Das gesamte Zustandsbild kann jedoch angesichts der symptomatologischen Eigenheiten — elektive Störungen der Vorstellungstätigkeit und Beweglichkeit, einförmige, durch ein Erlebnis bestimmte Sinnestäuschungen, hysterische Zeichen — nicht Folge mechanischer oder toxischer Gehirnschädigung sein. Wenn die Symptomatologie das auch nicht für jeden einzelnen Fall zu beweisen vermag, so wiegt um so schwerer, daß bei den über 1000 frischen Gehirnverletzungen, die ich im Felde gesehen habe, auch nicht einmal eine Psychose mit den erwähnten Merkmalen vorgekommen ist.

Einer besonderen Begründung bedürfen indessen noch diejenigen Kranken, die nach einem Granateinschlag bewußtlos werden und von einem Schreck nichts anzugeben wissen. Sie erinnern sich, wie Fall 3, nur eines Aufblitzens und sind dann für eine Weile bewußtlos; mit der Wiederkehr des Bewußtseins erscheinen sie umdämmert, ängstlich oder erregt. So war es bei 9 meiner Kranken. Man könnte sagen: der Schreck war wohl vorhanden, aber er ist mit anderen Teilen des Erlebnisses einer Amnesie anheimgefallen. Glaubhafter dünkt mich jedoch eine Erklärung, die auf einem Erlebnis meines Assistenten Dr. *Rohardt* fußt. In dessen Nähe schlug eine Granate ein; er erinnert sich keines Schrecks, sah nur einen Feuerschein und wurde bewußtlos. Beim Wiedererwachen hatte er keine Empfindung vom größten Teil seines Körpers; er glaubte ganz zerschmettert zu sein, die Beine seien ihm abgerissen. Dabei ein schreckhaft-angstvoller Gefühlszustand mit dem Bewußtsein „nun bist du auch dahin“. Nach einer kleinen Weile empfindet er wieder etwas an einem Fuß, vermutlich hat ihn jemand angestoßen, er versucht sich zu bewegen, es gelingt, er springt auf, — abgesehen von einer leichten Gedankenhemmung, die noch eine kurze Zeit andauert, ist alles vorbei. Hier tritt also statt des im Augenblick des Granateneinschlags erfolgenden Schreckens hinterher, beim Erwachen, ein angstvoll-schreckhafter Gefühlszu-

stand ein, der aus der Lage durchaus begreiflich ist, und von dem genau dieselben seelischen Wirkungen ausgehen können wie von dem unmittelbar auf den Granateinschlag folgenden Schreck. Die Tatsache der Bewußtlosigkeit — auch wenn ihr kein Schreck vorausgegangen ist — schließt also eine nachträgliche Schreckwirkung nicht aus, und dies dürfte der Mechanismus in vielen Fällen von Schreckpsychose mit anfänglicher mechanisch bedingter Betäubung sein.

In den Fällen, bei denen vorübergehende Bewußtlosigkeit eintrat, entwickelten sich häufiger Stuporzustände als bei den reinen Schreckeinwirkungen.

Stelle ich die Stuporzustände der Gesamtheit der übrigen mehr oder weniger dämmerzustandartigen Formen gegenüber, so fanden sich nach einfachen Schreckerlebnissen:

12 Dämmerzustände und ähnliche Bilder,
6 Stuporzustände,

nach Schreckerlebnissen mit Bewußtlosigkeit:

8 Dämmerzustände,
7 Stuporzustände

III. Veranlagung, Alter, bürgerlicher Beruf, militärischer Dienstgrad.

Von 15 Kranken habe ich mir keine Notizen über ihre frühere seelische Beschaffenheit gemacht. Unter den 19 übrigen Fällen konnten gröbere psychopathologische Züge — zumeist hysterischer Art — nur bei fünf Kranken nachgewiesen werden: Fall 7 Zustand von Nervenschwäche mit Weinkrämpfen nach Überarbeitung, Fall 13 hysterische Anfälle, Fall 25 Kopfschmerzen und Stimmlosigkeit nach Aufregungen, Fall 24 Kopfschmerzen und Ohnmachten, Fall 23 starke Erregbarkeit (wollte seinen Vater nach einer Auseinandersetzung erschießen), in einem nicht veröffentlichen Fall hysterische Anfälle und Verstimmungszustände. Leichtere, mehr neurasthenische Eigenheiten wiesen drei Kranke auf (Fälle 6, 25 und ein nicht veröffentlicher Kranker). Dreimal fand sich Erregbarkeit bei leichten Basedow-Erscheinungen (Fälle 2, 3 und 19). Auffällig häufig waren



hypomanische Temperamente, die mir auch unter den Schreckneurosen oft begegnet sind (Fälle 4, 5, 11, 14, 16). Ein Kranker war leicht schwachsinnig (nicht veröffentlicht), bei drei Fällen ließ sich kein abnormer Wesenszug ausfindig machen (Fälle 1, 10, 17). Die Zahl der Abnormen ist größer als nach meinen Erfahrungen bei den Schreckneurosen, doch handelt es sich meistens — in der Hälfte der Fälle — um nur leichte Abweichungen: Neurasthenien, Basedowoid, hypomanische Veranlagung. Zur Entstehung einer Schreckpsychose ist demnach weder eine besonders starke, noch überhaupt eine psychopathische Veranlagung notwendig.

Höheres Alter disponiert nicht zur Schreckpsychose: 24 Kranke standen im Alter von 20-25 Jahren, 7 waren 25-29 Jahre alt, und 3 hatten das 30. Jahr überschritten (32, 33 und 37 Jahre alt).

Höhere Bildung schützt eher vor der Erkrankung: nur 2 Kranke waren Studenten (Fälle 10 u. 11). Sehr bemerkenswert ist, daß auch die ländliche Bevölkerung nur eine sehr geringe Zahl zu den Schreckpsychosen stellt: 7 Fälle. Alle übrigen sind Angehörige städtischer Berufe (13 Arbeiter u. Handwerker, 8 Angehörige kaufmännischer Berufe, 1 Schutzmann, 1 Krankenpfleger). Von 5 Kranken fehlen mir Angaben über den Beruf.

Was den militärischen Dienstgrad anbelangt, so sah ich nie eine Schreckpsychose bei einem Offizier. Auch die Schreckneurosen sind nach meinen und anderweitigen Erfahrungen bei Offizieren verhältnismäßig selten. Nur 3 Leute waren Unteroffiziere, die Masse der übrigen einfache Soldaten.

IV. Wirkungen des Schrecks auf das Gefühlsleben.

Die Wirkungen des Schrecks äußern sich auf dem Gebiete des Gefühlslebens auf drei verschiedene Arten: als Nachdauer der Schreckerregung, als Aufhebung der affektiven Erregbarkeit, als Umschlag in Heiterkeit.

Wenn bei einem von heftigem Schreck Befallenen der schreckhafte Zustand einige Stunden oder längstens einige Tage das Schreckerlebnis überdauert, so handelt es sich offenbar um ein verangsamtes Abklingen der Schreckerregung in den nervösen



Apparaten der Gefühlsvorgänge, ohne daß nach weiteren psychologischen Erklärungen gesucht werden müßte. Während der Nachdauer der Schreckerregung sind die Betroffenen entweder noch sichtlich verschreckt und zeigen die bekannten Ausdruckserscheinungen des Zitterns, der Schwäche, der Blässe und Pulsbeschleunigung, oder sie sind bei äußerlicher Beruhigung doch noch überempfindlich für Schreck und andere Unlustaffekte. Klingt die Schreckerregung aber nicht spätestens nach einigen Tagen ab, sondern befindet sich der Schreckkranke wochenlang in einem angstvollen Delir, treten noch Monate nach dem Schreckerlebnis schreckhafte Träume von grauenvollen Kriegserlebnissen auf, besteht eine schreckhafte Übererregbarkeit, die lange Zeit nach der ursprünglichen Gemütserschütterung Rückfälle in die ehemals durchgemachte Psychose ermöglicht, so kann dem keine einfache unmittelbare Nachdauer des Schrecks zugrunde liegen, die rein physiologisch zu erklären wäre. In diesen Fällen muß autosuggestive Fixierung des Schreckaffektes oder schreckvoller Erinnerungen eingetreten sein. Es handelt sich dem Wesen nach um den gleichen Vorgang, der die Schreckschwäche der Beine autosuggestiv in einer hysterischen Lähmung der Beine festlegt oder den verwundeten Arm, dessen Bewegungen wegen Schmerzen vermieden wurden, in einer hysterischen Kontraktur autosuggestiv erstarren läßt.

Eine zweite Wirkung des Schrecks ist die Aufhebung jeder affektiven Erregbarkeit. Auch sie kommt als eine vorübergehende Erscheinung in der Form der zuerst von *Baetz*[1]) genauer beschriebenen, nur Minuten oder Stunden, höchstens wohl einige Tage anhaltenden Emotionslähmung und als die langdauernde Aufhebung bezw. Herabsetzung der gemütlichen Ansprechbarkeit mancher Stuporzustände vor. Ich möchte glauben, daß auch von den beiden Formen der Schreckapathie die eine als unmittelbare, rein physiologische Schreckfolge, die andere als autosuggestiv vermittelte Auswirkung des Schrecks aufzufassen ist. Die unmittelbare, rasch vorübergehende Schreckapathie erinnert

[1]) *Baetz*, Über Emotionslähmung. Allg. Ztschr. f. Psych. 58, S. 717 1901.



an den Zustand der Blendung des Auges nach greller Belichtung oder den der vorübergehenden Ertaubung z. B. nach Einwirkung der Lärmtrommel. Der nervöse Apparat der Gefühlsvorgänge scheint nach stärkster Erregung für eine kurze Weile auf keinen gemütsbewegenden Reiz anzusprechen. *Stierlin*[1]) und nach ihm *Bonhöffer* sprechen von einer „Verdrängung des Affekts der Katastrophe“ und nehmen an, daß der Affekt nicht wirklich ausgelöscht, sondern nur „abgespalten“ sei. Jedenfalls ist aber das Vorhandensein affektiver Erregbarkeit in diesem Zustande nicht erwiesen, und ehe es nicht, etwa durch Hypnose, gelungen ist, den vermeintlich nur verdrängten Affekt zu wecken, glaube ich die einfachere Erklärung vorziehen zu sollen. Zugunsten von *Stierlins* Deutung der Emotionslähmung könnte es sprechen, daß bei manchen Schreckbetroffenen der am Tage fehlende Schreckaffekt nachts in ängstlichen Träumen hervorbach. Es geht aber aus *Stierlins* Darstellung nicht hervor, daß in diesen Fällen tagüber eine wirkliche Apathie bestand, und daß ein Wechsel des Affektes zwischen Tag und Nacht schon die allererste Zeit nach dem Unfall betraf. Es scheint sich hier mehr um spätere, oft Monate anhaltende Nachwirkungen der Unfälle zu handeln. In der Zwischenzeit kann es sehr wohl zu autosuggestiven Verdrängungen oder Fixierungen gekommen sein. Wie jeder Gemütszustand kann auch der Zustand der Gefühlsleere suggeriert werden und sich auf dem Boden einer ursprünglichen Auslöschung der Gefühlserregbarkeit autosuggestiv fixieren, ganz so wie andere Schreckbetroffene in der Verschrecktheit selbst autosuggestiv stecken bleiben. Bei länger dauerndem Schreckstupor ist die Apathie sicher nicht ein einfacher physiologischer Verlust der gemütlichen Ansprechbarkeit, sondern Ausdruck einer suggestiven Fixierung der Affektlosigkeit oder einer möglicherweise auch ohne primäre Schreckapathie entstandenen autosuggestiven Hemmung (Verdrängung) der Gemütserregbarkeit. Gerade die Stuporzustände nach Schreck dauern bisweilen recht lange, viel länger als eine einfache physiologische Schreckapathie währen

[1]) *Stierlin*, Nervöse und psychische Störungen nach Katastrophen. D. med. Wschr. 1911, H. 44.



könnte, und werden gelegentlich noch nach Wochen und Monaten rückfällig, nachdem in der Zwischenzeit der Kranke schon wieder regelrecht affektiv reagiert hatte.

Von der Schreckapathie muß die vorübergehende Hemmung der Schreckentäußerung unterschieden werden. Ein Vizefeldwebel meiner Beobachtung wird bei einem Sturmangriff von nahe einschlagender Granate halb verschüttet und leicht am Bein verletzt. Er bleibt ungefähr zwei Stunden auf dem Felde liegen, während Granaten dauernd um ihn herum einschlagen. Er befindet sich unterdessen keineswegs in einem Zustand von Affektleere, sondern in einer „schrecklichen" Gemütsverfassung. Als das Feuer nachläßt, rennt er zurück. Im eigenen Graben angelangt, erfolgt ein Affektausbruch, von dem ab eine hysterische Lähmung der Beine besteht. Es ist das ein Beispiel für viele. Die Schreckentäußerung bleibt gehemmt, bis der Betroffene außer Gefahr ist. Zweifellos ist es der Selbsterhaltungstrieb, die Einstellung der Aufmerksamkeit auf die Rettung und Vermeidung weiterer Gefahr, was die Schreckäußerungen unterdrückt und den Betroffenen verhindert, sich dem Schreck hinzugeben, seine Aufmerksamkeit dem Schreck selbst und dessen Äußerungen zuzuwenden. Diese Hemmung schwindet mit dem Augenblick der Rettung oder einer erheblichen Verminderung der Gefahr. Im Schützengraben oder im Sanitätsunterstand angelangt, erfolgt die Entladung der angestauten Gemütserregung. Die Hemmung betrifft wohl bis zu einem gewissen Grade auch den subjektiven Empfindungskomplex des Schreckens, der ja zum Teil erst durch die Ausdruckserscheinungen des Schrecks geliefert wird, aber es besteht doch während des Zustandes der gehemmten Schreckentäußerung keine eigentliche Apathie. Daß Schreckapathie und Hemmung der Schreckentäußerung nicht ein und dasselbe sind, geht auch daraus hervor, daß Schreckapathie auch unter solchen Umständen angetroffen wird, in denen die Aufmerksamkeit nicht auf die Rettung oder Vermeidung von Gefahr eingestellt ist und somit nicht imtande ist, den Schreck zu hemmen. Bei dem von *Birnbaum* erwähnten englischen Flieger entwickelte sich die Apathie während des Absturzes zu einer Zeit, als er alle Mittel zu seiner Rettung schon erschöpft hatte und dem



Tode als etwas Unausweichlichem entgegensah. In anderen Fällen dauert der Zustand der Schreckapathie an, auch nachdem die Gefahr schon vorüber ist, ein Grund zur Schreckhemmung also nicht mehr vorliegt (vergl. die Selbstbeobachtungen von *Baetz* und *Hoches* Beobachtungen bei Fliegerangriffen[1]). Manchmal ist es schwer zu entscheiden, ob eine Hemmung der Schreckentäußerung oder eine Schreckapathie vorgelegen hat, weil auch die Hemmung der Schreckentladung zu einer Abschwächung der subjektiven Schreckgefühle führen muß. Ferner folgt auch auf den Zustand der Schreckapathie bisweilen ein Affektausbruch ähnlich der durch Ablenkung der Aufmerksamkeit verzögerten Schreckentladung. Von solchen Affektausbrüchen nach Schreckapathie berichten *Bonhöffer* und *Stransky*[2]). Es liegen hier noch ungelöste Fragen, und die Sammlung weiterer genauer Beobachtungen ist angesichts unserer dürftigen gefühlspsychologischen Kenntnisse dringend erwünscht.

In anderen Fällen treten nach Schreck heitere Gefühle oder Vorstellungen auf, indem entweder eine einfach heitere Stimmung, zuweilen mit leichtem Rede- und Bewegungsdrang, Ideenflucht oder Neigung zu Scherzen Platz greift oder die Heiterkeit sich in läppisch verzerrter und übertriebener Form äußert oder endlich Vorstellungen von heiterem Gefühlswert, Gedanken von Glück und Größe, Herrschaft über den Kranken gewinnen. Auch diese Beobachtungen vereinigen zweifellos wesensverschiedene Dinge. Bei dem Gesunden — vergl. den Artillerieoberst, der mir nach den mörderischen Kämpfen an der Lorettohöhe heiter verstimmt begegnete — liegt sicher eine viel unmittelbarere Beeinflussung des Gefühlslebens durch den Schreck vor als bei einem Kranken, der sich in einem läppischen oder expansiven Dämmerzustande befindet. Der Läppische äußert zeitweilig eine übertriebene, verzerrte, um nicht zu sagen gewollte Heiterkeit ohne die gleichmäßig andauernde, manieartige Ver-

[1]) *Hoche*, Vortrag. Arch. f. Psych. 57, H. 3. 1917. Manche Leute waren in einen solchen Stupor geraten, daß sie nicht zu bewegen waren, sich an Rettungsarbeiten zu beteiligen. Einer machte die für seine Schreckapathie bezeichnende Äußerung: „Das hat noch lange Zeit!"

[2]) *Stransky*, Krieg und Geistesstörung. Wiesbaden 1918.



stimmung, die gelegentlich bei Gesunden sowie in den heiteren Schreckneurosen und den einfach heiteren Dämmerzuständen gesehen wird. Der Expansive ergeht sich wohl in Vorstellungen heiterer Gefühlswerte, aber seine Stimmung ist keineswegs dauernd heiter und entbehrt einer begleitenden sprachlichen und motorischen Erregung. Die affektiven Veränderungen beim Läppischen und Epansiven stehen daher sicher in einem erst durch seelische Zwischenglieder vermittelten Zusammenhang mit dem auslösenden Schreck. Bei dem unmittelbaren Stimmungsumschlag von Schreck in Heiterkeit dagegen handelt es sich offenbar um einen sukzessiven Kontrast, um ein negatives Nachbild, vergleichbar dem sukzessiven Kontrast, den negativen Nachbildern auf dem Gebiete der Farben-, Temperatur-, Geschmacks- und Bewegungsempfindungen. Der sukzessive Farbenkontrast — *Herings* Nachkontrast — hängt mit der Adaptation des Sehorgans zusammen. Mit der Abnahme der Empfindlichkeit für die einwirkende Lichtart geht eine Steigerung der Empfindlichkeit für die komplementäre Lichtart einher. Ähnlich verhalten sich die Gefühle. Auch die Gefühle schwächen sich wie die Empfindungen durch Dauer und Wiederholung ab. Die schöne Aussicht auf den Fluß und die jenseits gelegene vieltürmige Stadt, die sich von meinem Fenster aus darbietet, hat mich mit hellem Entzücken erfüllt, als ich sie zum ersten Male sah. Ich sehe sie auch heute noch mit Freude, aber mein Lustgefühl hat entschieden von seiner anfänglichen Lebhaftigkeit verloren. So geht es mit Gemälden und Bildwerken, mit wohlschmeckenden Gerichten und feinen Weinen, kurz mit allem, was Lust erregt. Hat man sie dauernd oder wiederholen sie sich stündlich oder täglich, so läßt ihre Intensität nach, es tritt Gewöhnung, Adaptation ein, und mit der Abnahme der Lustempfindlichkeit macht sich eine steigende Empfindlichkeit für Unlustgefühle geltend. In manchen Fällen kann es wie bei der Farbenadaptation noch während des lusterregenden Eindrucks zu einem Gefühlsumschlag in Unlust kommen, so daß eine süße Speise, von der man zuviel genießt, Ekel hervorruft. Auch Unlustgefühle nehmen durch Adaptation ab. Darauf beruht wohl der Gleichmut, den wir bei vielen chronisch und unheilbar Kranken bei langer Krankheits-



dauer beobachten. Die Schrecknisse des Krieges und die erstaunliche Gewöhnung, die bei der Mehrzahl der Kriegsteilnehmer sich in nicht allzulanger Frist einstellt, bilden ein Experiment im großen, aus dem die Anpassung an Unlustgefühle deutlich hervortritt. Ein Umschlag in Lust bei Andauer der Unlust erzeugenden Einwirkung kommt ebenfalls vor. Es ist der Galgenhumor, von dem mir auch aus dem Kriege Beispiele berichtet worden sind. Hören aber die Unlust erzeugenden Einwirkungen auf, so tritt das während der Dauer der Unlustreize allmählich angewachsene kontrastierende Lustgefühl plötzlich rein hervor, wie die verlöschende rote Flamme ein grünes Nachbild hinterläßt. Auf die ausgestandenen Schrecken folgt die heitere Verstimmung. Der Krieg führt uns den Nachkontrast der Gefühle nur in besonders sinnfälligen Beispielen vor Augen. Aber auch dem gewöhnlichen Leben ist er nicht fremd. Wenn man eine langwierige und mühsame wissenschaftliche Arbeit endlich zum Abschluß gebracht hat, so empfindet man das Schwinden des unlustvollen Druckes mit einem Gefühl beglückender Befreiung. *Forster* [1]) ist so weit gegangen, jegliches Lustgefühl auf Schwinden von Schmerz zurückzuführen. Ich halte das allerdings angesichts der ganz selbständigen Lustempfindungen, z. B. der Geschlechtsorgane, für unrichtig. Auch der umgekehrte Nachkontrast, Auftreten von Unlust nach dem Schwinden einer lusterzeugenden Einwirkung, läßt sich durch viele Beispiele aus dem täglichen Leben belegen. Kehrt man von einer Ferienreise, die reich an Natur- und Kunstgenüssen war, zurück, so bedarf man meist einiger Tage, bis man die trübe Stimmung überwunden hat, in die uns das reizlose Einerlei und die vielen lästigen Anliegen des Tages versetzen. Beim Stimmungsumschlag in Heiterkeit nach überstandenem Schrecken wird übrigens sehr oft nicht ein objektiver affektiver Indifferenzzustand als Lust empfunden, sondern es wirkt nach dem Aufhören der Schrecken erregenden Eindrücke auch weiterhin eine sonst Unlust erzeugende Situation auf den Betroffenen ein. Ein Posten hat z. B. stundenlang im Trommelfeuer gestanden; nun hat das Trommelfeuer zwar aufgehört,

[1]) *Forster*, Über die Affekte. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. XIX, H. 3.



aber der Mann befindet sich noch im Schützengraben, die Kälte peinigt ihn weiter, der eingestürzte Unterstand bietet keinen Schutz mehr, Essen gibt es nicht, und wenn die Ablösung kommt, so erwartet ihn in der zerschossenen Ortschaft eine jämmerliche, verlauste Unterkunft. Es liegt also der Fall vor, daß unlusterzeugende Einwirkungen geringeren Grades nach überstandener hochgradiger Unlust als lustvoll erlebt werden. Im Bereiche des Farbenkontrastes gibt es ganz die gleichen Erscheinungen. Fixiert man — um ein Beispiel von *Ebbinghaus* zu wählen — eine Weile eine rote Scheibe auf gelbem Grunde und schwächt dann die Reize plötzlich ab, indem man das Zimmer verdunkelt, so sieht man eine grüne Scheibe auf blauem Grunde durch den Schatten gleichsam hindurchleuchten. Kommt endlich der Mann, der dem Trommelfeuer ausgesetzt war, sofort in ein weiter zurückliegendes gefahrfreies Ruhequartier, so empfindet er die Ruhe, ein gutes Bett und reichliches Essen mit doppelter Freude. Die objektive Lust wird im Kontrast zur vorausgegangenen Unlust verstärkt.

In den besprochenen Fällen treten die kontrastierenden Nachgefühle immer unmittelbar auf, ohne Mithilfe von Überlegungen und ohne daß ein Vergleich zwischen der das anfängliche Gefühl erzeugenden Situation und der vom Nachgefühl erfüllten folgenden Lage angestellt wurde. Daß es sich hier um eine ganz unmittelbare Umstimmung der Gefühle handelt, habe ich selbst in den S. 456 mitgeteilten Beobachtungen erlebt. Damit soll nur gesagt sein, daß der Nachkontrast im Bereiche der Gefühle ein selbständiger, mehr physiologischer als psychologischer Vorgang ist, der dem sukzessiven Empfindungskontrast verwandt sein muß. Welcher Art der dem Gefühlskontrast zugrundeliegende physiologische Vorgang ist, bleibt dabei noch ungewiß, denn auch den Empfindungsnachbildern auf den verschiedenen Sinnesgebieten liegen nicht überall dieselben Vorgänge zugrunde. Während das optische Nachbild nur durch den Wegfall des anfänglichen Lichtreizes hervorgerufen wird, kommt das Bewegungsnachbild — z. B. beim Anhalten des Drehstuhls — dadurch zustande, daß die Endolymphe im Bogengang des Ohrlabyrinths vermöge ihrer Trägheit sich noch ein Weilchen weiter bewegt und die Cupula

dadurch in entgegengesetztem Sinne verbiegt wie im Beginn der Drehung. Es ist also ein neuer Reiz zur Auslösung des Bewegungsnachbildes notwendig. Ob daher dem sukzessiven Gefühlskontrast ein ähnlicher Vorgang zugrunde liegt wie dem Nachkontrast der Farben, oder ob die Gefühle sich in einer nur ihnen eigenen, besonderen Weise gegensinnig beeinflussen, muß dahingestellt bleiben. Solange wir über die den Gefühlen zugeordneten nervösen Vorgänge noch so unvollkommen unterrichtet sind wie jetzt, ist eine Klärung dieser Frage auch nicht zu erwarten. Aber die Tatsache des unvermittelten sukzessiven Gefühlskontrastes spricht m. E. sehr zugunsten einer Auffassung, die in den Gefühlen empfindungsartige Bewußtseinserlebnisse — vergl. *Stumpfs* Gefühlsempfindungen — sieht.

Die Abnahme der Gefühle durch Dauer und Wiederholung wird von den meisten Psychologen anerkannt und als Abstumpfung, Adaptation oder Akkomodation beschrieben. Die Kontrasterscheinungen auf dem Gebiete der Gefühle sind weniger beachtet, zum Teil geleugnet und in sehr widersprechender Weise gedeutet worden. Gerade der Stimmungsumschlag nach Aufhören eines Gefühls, der in den Kriegserfahrungen als Heiterkeit nach Schreck hervortritt und als ein mit der Adaptation in Zusammenhang stehender Nachkontrast aufgefaßt wurde, wird nur von wenigen Psychologen berücksichtigt. *Höffding*, *Külpe*, *Ebbinghaus* beschreiben die Gefühlsadaptation und einen Gefühlskontrast, durch den eine auf Lust folgende Unlust — und umgekehrt — gesteigert wird. *Titchener* bestreitet jeglichen Gefühlskontrast, während er die Abstumpfung der Gefühle durch Adaptation anerkennt. *Wirth*[1]) lehnt jede physiologische Deutung des Gefühlskontrastes — den er als solchen nicht leugnet — auf Grund theoretischer Vorstellungen über das Wesen der Gefühle ab. Die erste und wie mir scheint noch heute gründlichste Beschreibung der Abstumpfung und des Kontrastes der Gefühle gab *Fechner*[2]). Er berücksichtigt auch den eigentlichen, nur durch Fortfall eines Gefühls zustande kommenden, den negativen Nachbildern entsprechenden Kontrast, wie ihn die Kriegserfahrung zeigt. Wirkt ein Lustreiz längere Zeit fort, so erzeugt nach *Fechner* schon seine Unterbrechung Unlust, und umgekehrt reicht schon der Wegfall eines Unlustreizes, der längere Zeit bestanden hat, hin, um positive Lust zu wecken. Allerdings bezeichnet *Fechner* gerade die mit der Adaptation

[1]) *Wirth*, Vorstellungs- und Gefühlskontrast. Ztschr. f. Psychol. 18, 1898.

[2]) *Fechner*, Vorschule der Ästhetik, Bd. 2, 1876.

zusammenhängenden gegensätzlichen Steigerungen der Gefühle nicht als Kontrast, sondern er behält diesen Ausdruck andern wechselseitigen Beeinflussungen der Gefühle vor, die nach seiner Ansicht auf einem Vergleich zweier Gefühle beruhen — die also nicht physiologisch, sondern rein psychologisch zu erklären seien. Daraus ergibt sich, daß ganz verschiedene Dinge jeweils mit demselben Namen Kontrast belegt worden sind. Übrigens gilt das auch für den Kontrast im Bereiche der Sinnesphysiologie. Der Simultankontrast der Farben ist ja seinem Wesen nach etwas ganz anderes als der mit der Adaptation zusammenhängende sukzessive Kontrast. Eine affektive Kontrasterscheinung im Sinne von *Fechner* ist es z. B., daß ein Kunstwerk gewinnt, wenn man es mit einem minder vollendeten vergleicht, und verliert, wenn es mit einem vollkommeneren verglichen wird. Zu einem Gefühlskontrast dieser Art braucht offenbar das erste Gefühl nicht so lange zu dauern, daß eine merkliche Adaptation eintreten könnte. Ja, es können auf diese Weise Gefühle miteinander in Kontrast treten, von denen das eine nur in der Vorstellung gegeben ist, so wenn ich gegenwärtiges Unglück lebhafter empfinde in der Erinnerung an früher genossene glückliche Stunden, oder wenn ich mein Elend weniger fühle im Hinblick auf das vorgestellte noch größere Elend anderer. Auch die unmittelbare zeitliche Aufeinanderfolge der kontrastierenden Gefühlszustände ist hier unerheblich, da ich auch in der Erinnerung an weit zurückliegendes Glück eine gegenwärtige peinliche Lage verstärkt fühle. Von Adaptation kann also hier gar nicht die Rede sein. Diese Art von Kontrast spielt sich auch, im Gegensatz zum Adaptationskontrast, häufig nur an der Gefühlsbetonung einzelner Vorstellungen ab, so wenn man das Verbrechen eines bis dahin unbescholtenen Mannes als besonders schwer empfindet. Bei dem Gefühlsnachbild handelt es sich dagegen stets um den gesamten Gefühlszustand des Menschen, der wie in unseren Kriegsbeobachtungen von Schreck in Heiterkeit umschlägt. *Fechner* hat also mit der Unterscheidung zweier Kontrastarten durchaus richtig gesehen. Man kann nur zweifeln, ob zum Auftreten der kontrastierenden Gefühlsverstärkung beim „Vergleichskontrast" ein wirklicher Vergleich, ein bewußtes Abwägen der beiden Gefühlserlebnisse gegeneinander nötig sei. *Wundt*[1]) hat meines Erachtens Recht, wenn er lehrt, daß Bewußtseinsinhalte, die sich ähneln oder voneinander verschieden sind, ohne eigentlichen Vergleich im Sinne der Angleichung oder des Kontrastes aufeinander wirken (assoziative Assimilation und Dissimilation). Man wird daher besser von einem assoziativen Kontrast als von einem Vergleichskontrast sprechen.

Fechners treffliche Unterscheidung zwischen diesen beiden Kontrastarten ist leider nicht von allen seinen Nachfolgern festgehalten worden. So versucht *Lehmann*[2]) jegliche Kontrasterscheinungen im Bereiche der

[1]) *Wundt*, Grundzüge der physiologischen Psychologie II, S. 350.

[2]) *Lehmann*, Die Hauptgesetze des menschlichen Gefühlslebens, 2. Aufl. Leipzig 1914.

Gefühle auf Abstumpfung oder, wie er es nennt, auf „Umstimmung" durch ein ersterlebtes Gefühl zurückzuführen. Fälle, die seiner Annahme widersprechen, wie der Vergleich des guten mit einem schlechten Gemälde, deutet er so, daß doch erst das eine und dann das andere Gemälde betrachtet werde und während der Betrachtung des ersten guten Gemäldes die Umstimmung erfolge, auf Grund deren das zweite schlechte Bild als besonders schlecht aufgefaßt werde. Es bedarf aber in vielen Fällen zum Auftreten dieses Kontrastes weder einer längeren, Adaptation erklärenden Betrachtung, noch auch einer unmittelbaren Aufeinanderfolge der gefühlsbetonten Erlebnisse, so daß *Lehmanns* Annahme nicht aufrechterhalten werden kann. Ein Gefühlskontrast tritt auch nicht nur dann — wie *Lehmann* meint — auf, wenn die gefühlserzeugenden Eindrücke gleichartig sind. In unseren Beispielen ist die Lage des im Unterstand verschütteten, mit dem Erstickungstode ringenden Mannes sicher gründlich verschieden von der, die ihn im Lazarett umgibt, und doch, ja gerade begünstigt durch diese große Verschiedenheit, tritt der Umschlag von Schreck in Heiterkeit so stark hervor.

Ganz im Gegensatz zu *Lehmann* findet *Störring*[1]) gar keine Beziehung zwischen den Gefühlskontrasten und der Abstumpfuung der Gefühle durch Dauer und Wiederholung. Als Adaptationserscheinung führt er lediglich die Abnahme von Lust und Unlust an. Er unterscheidet demgemäß auch nicht zwischen zwei Arten von Gefühlskontrasten, wie *Fechner* es zuerst end mit vollem Recht getan hat, sondern ordnet sämtliche Kontrasterscheiuungen rein psychologischen Erklärungen unter. Ein Teil der Kontrastnrscheinungen soll nach ihm auf einem Vergleich, ein anderer auf verwickelten seelischen Vorgängen beruhen. Wenn ich, so sagt *Störring*, aus Kälte und Regen in ein warmes Zimmer komme und diese zweite Situation mit verstärkter Lust empfinde, so schwanken die Gedanken eine Weile zwischen der ersten und der zweiten Situation einher, und von den mit dem Gedanken an die erste Situation verbundenen Unlustgefühlen aus wird mir der Gedanke an die gegenwärtige Situation aufgedrängt. Ich gebe mich der zweiten Situation hin und konzentriere mich auf dieselbe. Diese kräftige Konzentration auf die neue Situation sei aber wie jeder kräftige Willensakt mit Lust verbunden. Dadurch werde die Lust an der zweiten Situation gesteigert. Hinzukomme noch, daß die kräftige Konzentration ein besseres Auswerten der lustbringenden Situation zur Folge habe. Die einzelnen Seiten der lustvollen Situation kämen durch die Konzentration zur stärksten Ausprägung. Es ist klar, daß diese Deutung auf den Übergang von Schreck in Heiterkeit nicht angewandt werden kann. Der Übergang vollzieht sich ganz unmittelbar, ohne daß von einem Hin- und Herschwanken der Gedanken zwischen den beiden Situationen etwas bemerkt würde. Auch eine besondere Hingabe und Konzentration auf die

[1]) *Störring*, Psychologie des menschlichen Gefühlslebens. Bonn 1916.

zweite Situation und eine dadurch bedingte schärfere Ausprägung ihrer Einzelheiten kann in unseren Kriegsbeobachtungen häufig gar nicht stattfinden, weil das Bewußtsein umdämmert und die Auffassung der Situation sogar mehr oder weniger gestört ist. Dessenungeachtet vollzieht sich der Stimmungsumschlag.

Wirth endlich, der, wie erwähnt, jede physiologische Erklärung des Gefühlskontrastes ablehnt, gibt eine nicht weniger anfechtbare psychologische Theorie des Gefühlskontrastes. Bei jedem Gefühlskontrast liege zugleich ein Wahrnehmungskontrast vor. Es sei immer eine Veränderung des bisher gewohnten Wahrnehmungs- und Wirklichkeitszusammenhanges gegeben, die den Gefühlskontrast bedinge. Aber nur solche objektiven Verhältnisse, die zugleich stark entgegengesetzte Gefühle der Lust und Unlust erregen, rufen nach *Wirth*, wenn sie in Kontrast treten, einen Gefühlskontrast hervor. Der allgemeine Wahrnehmungskontrast, von dem somit der Gefühlskontrast nur ein Sonderfall sei, äußere sich in einem Gefühl der Überraschung oder Enttäuschung. Es müßte demnach beim affektiven Kontrast neben der Lust und der Unlust immer noch ein Gefühl der Überraschung oder Enttäuschung nachweisbar sein, was nicht der Fall ist. Außerdem bleibt es unverständlich, wie das angenommene Überraschungs- oder Enttäuschungsgefühl zur Verstärkung der Lust oder Unlust führen soll.

Aus diesem Widerspruch der Meinungen heben sich folgende Tatsachen und tatsächlich begründete Erklärungen heraus: Die affektiven Kontrasterscheinungen sind nicht einheitlich, sondern mindestens von zweierlei Art. Am gesichertsten und besonders durch die Kriegsbeobachtungen begründet erscheinen die affektiven Adaptationserscheinungen und der mit ihnen zusammenhängende affektive Nachkontrast (Adaptationskontrast), der rein physiologisch, ähnlich dem Nachkontrast bei Empfindungen, zu deuten ist. Er äußert sich in einer Verstärkung von Lust nach voraufgegangener Unlust und umgekehrt, und läßt auch ohne Einwirkung eines zweiten Gefühlsreizes nur durch Wegfall eines genügend starken und nachhaltigen Reizes ein negatives Gefühlsnachbild hervortreten (vgl. die Heiterkeit nach Schreck). Außerdem gibt es einen rein psychologischen Gefühlskontrast, der weniger auf einem Vergleich als einer assoziativen gegenseitigen Beeinflussung von Gefühlen beruhen dürfte (assoziativer Kontrast im Sinne von *Wundt*).

Von der als ein negatives Schrecknachbild aufzufassenden Heiterkeit, die bei manchen Gesunden, in einigen Fällen von heiterer Schreckneurose und in den heiteren Dämmerzuständen beobachtet wird, sind die läppische Heiterkeit und die Größenvorstellung der läppischen bezw. expansiven Dämmerzustände durchaus verschieden. In beiden Fällen liegen keine unmittelbaren Umstimmungen der gesamten Gefühlslage vor. Es



ist aber sehr möglich, daß ein ursprünglicher heiterer Nachkontrast sich autosuggestiv fixierte und so zu den verzerrten und übertriebenen läppisch-heiteren Gefühlsäußerungen Anlaß gäbe. Im Gegensatz zu der kurzen Dauer des affektiven Nachkontrastes und dem kürzeren Verlauf der heiteren Dämmerzustände hielten die läppischen Dämmerzustände wesentlich länger an, und in einem Falle (Fall 18) kam es später zu einem Rückfall. Das sind dieselben Erscheinungen, die auch bei manchen angstvollen Delirien und Stuporzuständen nach Schreck beobachtet wurden und nur so erklärt werden können, daß gewisse seelische Zustände durch Autosuggestion fixiert oder doch für lange Zeit abnorm leicht auslösbar gemacht werden. Bei den expansiven Zuständen liegt noch weniger eine allgemeine heitere Verstimmung als unmittelbare Schreckfolge vor, sondern es treten auf dem Grunde einer sonst wenig veränderten Stimmung einzelne beherrschende Vorstellungen von heiterem, mehr noch von ergriffenem Gefühlswert auf. Es mag sein, daß auch hier ein ursprünglicher heiterer Nachkontrast den Anstoß zu den wahnhaften Glücksvorstellungen geben kann, obwohl das in keinem Fall direkt nachgewiesen werden konnte. Sicher genügt aber schon der Wunsch, den Kriegsgefahren zu entrinnen, um Gedanken der Sicherheit, des Glückes, der Größe auftauchen zu lassen, die sich unter den im Kranken gegebenen Bedingungen autosuggestiv fixieren, während gleichzeitig die Vorstellung der wirklichen bedrohlichen Lebenslage und der manchmal nicht allzu rühmlichen eigenen Haltung verdrängt wird. Es ist derselbe Mechanismus der — ganz ohne Mitwirkung eines affektiven Nachkontrastes — die expansiven Haftpsychosen und *Rüdins* Begnadigungswahn der lebenslänglich Verurteilten entstehen läßt. Im Felde und in der Heimat habe ich die gleichen Fälle expansiver Psychose auch ohne Schreck lediglich aus Furcht vor dem Heeresdienst und dem Schützengraben auftreten sehen.

Die Wirkungen des Schrecks auf das Gefühlsleben sind demnach einmal unmittelbare, rein physiologische Einwirkungen: Schrecknachdauer, Schreckapathie, heiterer Nachkontrast.

Von der Schreckapathie war die Hemmung der Schreckentäußerung durch den Trieb der Selbsterhaltung zu unterscheiden.



Zweitens gibt es mittelbare Auswirkungen des Schrecks in der Form von autosuggestiven Fixierungen der verschiedenen, unmittelbaren Schreckfolgen oder von Vorstellungen, die durch die Schreckerlebnisse oder den Wunsch, ihnen entronnen zu sein, nahegelegt werden. Neben den Fixierungen sind auch Verdrängungen beteiligt.

Warum in einem Falle die eine und im anderen eine andere Schreckfolge beobachtet wird, steht dahin. Möglicherweise sind besonders heftige, kurzdauernde Schreckeinwirkungen nötig, um eine Schreckapathie hervorzurufen, während der Umschlag in Heiterkeit entsprechend den Gesetzmäßigkeiten der Adaptation durch längere Dauer schreckhafter Eindrücke verursacht sein könnte. Es kommt aber nicht nur auf die objektive Stärke und Dauer der Schreckeindrücke, sondern auch auf die persönliche Art und die gegenwärtige Situation des Betroffenen an. So scheinen heiter Veranlagte besonders zu heiteren und läppischen Dämmerzuständen zu neigen. Wenigstens befanden sich unter diesen Kranken mehrere hypomanische Naturen.

Zwischen den drei Reaktionen kommen Übergänge und Verbindungen vor, so ist die Schreckapathie manchmal keine vollkommene, sondern es ist ihr eine gewisse Heiterkeit beigemischt. (Vergl. den von *Birnbaum* erwähnten englischen Flieger und mehrere Fälle von *Stierlin*.) In diesen Fällen ist die Erregbarkeit der Gefühlsapparate durch die voraufgegangene Schreckerregung nicht völlig, sondern nur für Unlustgefühle aufgehoben, während die Lustgefühle weniger gehemmt sind. Sie können nach einiger Zeit dann stark hervortreten, wie bei dem englischen Flieger. Mischungen zwischen Schrecknachdauer und Heiterkeit kommen ebenfalls vor. Die Stimmung ist schwankend bei überwiegender Heiterkeit (Fälle 14, 16—19). Fall 28 lacht unter Tränen.

Der Schreck wirkt nicht nur auf das Gefühlsleben, sondern auch auf die Reproduktionsfähigkeit der Vorstellungen und das Denken in zweifacher Weise. Die Fixierungen und Verdrängungen betreffen ja zum Teil nicht die reinen Gefühlszustände, sondern gefühlsbetonte Vorstellungen, besonders die



Erinnerungen an die schreckvollen Erlebnisse. Dieser mittelbaren Einwirkung auf das Vorstellungsleben steht die unmittelbare, mehr physiologische Hemmung der Vorstellungstätigkeit durch den Schreck gegenüber, die in leichter Ausprägung schon die Schreckapathie begleitet. In den länger dauernden Angstdelirien, in den hingezogenen Stuporformen, den läppischen, expansiven und Ganser-Zuständen überwiegen fraglos die mittelbaren autosuggestiven Wirkungen, während die rasch vorübergehenden Verstimmungen und Bewußtseinstrübungen mehr unmittelbare Schreckwirkungen enthalten.

V. Das Intervall zwischen Schreckerlebnis und Ausbruch der Schreckpsychose.

Während *Wetzel* stets eine „psychische Reflexion" zwischen dem auslösenden Vorgang und dem Eintritt der Geistesstörung beobachtete, fand *Herschmann* nur in der Minderzahl seiner Beobachtungen ein Vorläuferstadium von Kopfschmerz, Mattigkeit, Somnolenz. Meistens setzte die Psychose unmittelbar nach dem Schreckerlebnis ein. Bei meinen Fällen ließ sich — wenn ich die 15 Kranken, die nach dem ursächlichen Erlebnis sofort bewußtlos wurden, beiseite lasse — 5 mal ein Intervall nachweisen. Aber nur in zwei Fällen schloß sich die Psychose nachweislich unmittelbar an den Granateinschlag an (Fälle 2 und 3). In dem Rest der Fälle muß es dahingestellt bleiben, ob ein Intervall vorhanden war oder nicht. Erinnerungsverlust und der Mangel genauer Nachrichten über das Verhalten der Kranken vom Schreckerlebnis bis zur Aufnahme ins Lazarett machen eine Entscheidung unmöglich. Angesichts dieser Widersprüche und Schwierigkeiten der Beobachtung kann man das Intervall nicht als regelmäßige und kennzeichnende Erscheinung bei den Schreckpsychosen bezeichnen. Auch bei den Schreckneurosen findet sich nach meiner Erfahrung ein Intervall keineswegs in allen Fällen. Nach *Bonhöffer* befinden sich die Schreckbetroffenen während des Intervalls im Zustande der Emotionslähmung (Schreckapathie). Das ist in dieser Allgemeinheit nicht richtig, denn nur ein nicht sehr großer



Teil der Schreckbetroffenen beantwortet den Schreck mit einer Schreckapathie. So ist denn auch das Intervall in anderen Fällen von Heiterkeit, bei den meisten Betroffenen aber von Schrecknachdauer ausgefüllt. Wahrscheinlich wird nicht selten auch eine Schreckapathie zu Unrecht angenommen, während in Wirklichkeit nur eine zeitweilige Hemmung der Schreckentäußerung durch den Trieb der Selbsterhaltung vorliegt. In den 5 Fällen meiner Beobachtung, in denen sich ein Intervall zwischen Schreck und Schreckpsychose einschob, war das Intervall mit mehr oder minder großer Sicherheit von einer Nachdauer der Schreckerregung ausgefüllt. Wenigstens war keine Schreckapathie nachzuweisen. Fall 5, der auf Horchposten überfallen worden war, erkrankte einen Tag und eine Nacht nach dem Schreckerlebnis, und zwar erst, nachdem er glücklich in den Schützengraben zurückgelangt war. Offenbar war der Ausbruch so lange gehemmt, bis es K. gelungen war, der drohenden Todesgefahr zu entgehen. Fall 18 konnte nach dem Granateneinschlag noch in Deckung springen, dann „wußte er nichts mehr". Fall 25, der im Unterstande verschüttet wurde, arbeitete sich erst heraus, dann lief er planlos davon und wurde im Zustande der Geistesstörung aufgegriffen. Bei zwei Kranken wurde die Psychose erst nach einiger Zeit durch eine erneute Gemütserregung (Zusammenstoß mit Vorgesetzten) zur Entladung gebracht: Fall 19 war unmittelbar nach dem Granateneinschlag nur dösig und reizbar und blieb in diesem Zustande über Nacht im Schützengraben. Erst als er in seiner Aufgeregtheit gegen Verbot schoß und der Feldwebel ihn zurechtwies, geriet er in Wut und verfiel in den Dämmerzustand. Die Entladung des angestauten Affektes hat hier gewissermaßen noch eines besonderen Reizes bedurft. Ebenso war Fall 1 unmittelbar nach dem Granateneinschlag noch so weit geordnet, daß er zum Essenholen geschickt werden konnte. Bei dieser Gelegenheit geriet er in Streit mit einem Unteroffizier, und dies erst ließ ihn in den Dämmerzustand verfallen.

Zahlreiche Schreckneurotiker haben mir angegeben, daß sie während des Intervalls schreck- und angst- erfüllt, nicht apathisch waren. Für diejenigen Fälle, die nicht unmittelbar aus dem Schreck heraus in neurotische oder psychotische Störungen



verfallen, ist die Zeit unmittelbar nach dem Schreckerlebnis entscheidend dafür, ob sich weiterhin nervöse oder psychische Störungen entwickeln oder nicht. Aber nicht die Schreckapathie scheint mir so „eminent hysterophil" zu sein, sondern mehr die Zustände verlängerter Schreckerregung mit den fortbestehenden Ausdrucksbewegungen des Zitterns, des Herzklopfens, mit Schwächegefühl u. ä.; denn gerade in diesen Zuständen liegen Erscheinungen vor, die sich der Selbstwahrnehmung der Betroffenen aufdrängen und autosuggestiv fixiert werden können, während die Schreckapathie infolge ihres Freiseins von besonders auffälligen Schreckfolgen eher vor einer Fixierung derartiger Erscheinungen schützen dürfte.

VI. Autosuggestion und Wunschfaktoren.

In der Entstehung der Schreckpsychosen sind — vergl. Abschnitt III — zwei Umstände nachweisbar, der Schreck selbst und die ihm folgenden autosuggestiven Fixierungen und Verdrängungen. Es fragt sich aber, ob außer dem Schreck noch andere seelische Vorgänge mitwirken, und von welchen seelischen Erlebnissen die autosuggestive Kraft zur Fixierung und Verdrängung ausgeht. *Bonhöffer* schreibt hier den Wünschen (Wunsch, aus der Gefahr zu entrinnen, in die Heimat zu gelangen, Wunsch, sich gehen lassen zu können) eine ausschlaggebende Bedeutung zu und geht in dieser Auffassung so weit, daß er außer der Schreckapathie (dem *Baetz*'schen Emotionsstupor) keine eigentliche Schreckpsychose anerkennt. Da aber dieser Zustand kaum als eine volle Psychose betrachtet werden kann, so gäbe es genau genommen überhaupt keine Schreckpsychose. Nach *Bonhöffer* gehen Fixierungen und Verdrängungen nicht vom Schreck, sondern von den teils schon im Betroffenen bereitliegenden, teils durch das Schreckerlebnis geweckten Wunschgedanken aus. Ich bin nun weit entfernt, die Bedeutung der Wünsche für die Entstehung und den Verlauf von nervösen und psychischen Schreckfolgen zu unterschätzen. Vielfache Erfahrung an neurotisch verkappten Drückebergern im Felde und in der Heimat läßt mich an der Bedeutung der Heimat- und



auch der Rentenwünsche gar nicht zweifeln. Dennoch wird vielen Kranken mit der Annahme von Wünschen als Krankheitsursachen Unrecht getan. Die meisten meiner Kranken waren bis zur Erkrankung gute Soldaten, einer erkrankte an einer Schreckneurose, nachdem er die Fahne seines Bataillons in erbittertem Handgemenge gerettet hatte. 7 meiner Fälle sind nach ihrer Genesung wieder ins Feld gekommen und haben sich zum Teil besonders ausgezeichnet. Wer will beweisen, daß diese Leute stärker als jeder Kriegsteilnehmer den Wunsch gehegt hätten, den Kriegsgefahren entronnen zu sein? Auch dauert die Psychose in fast allen Fällen nur kurze Zeit, während doch der Wunsch nach Befreiung aus Leibes- und Lebensgefahr weiter wirken müßte. Und nicht bei allen Schreckpsychosen treten nach Ablauf der Psychose hysterische Erscheinungen an die Stelle der psychischen Störungen. Meiner Ansicht nach sind Wunschfaktoren nicht nur in vielen Fällen nicht erweislich, sondern auch zur Erklärung unnötig. Das Schreckerlebnis hat wie jedes stark gemütsbewegende Erlebnis selbst eine suggestive Kraft, die zur Fixierung bezw. Verdrängung bestimmter mit dem Schreckerlebnis zusammenhängender Bewußtseinsinhalte zu führen vermag. Wenn es gelingt, durch hypnotische Suggestion Vorstellungen, Gefühle und andere Bewußtseinsinhalte zu fixieren, so wird man einem so tief greifenden Erlebnis wie dem Schreck eines Granateneinschlages, der Todesangst einer Verschüttung diese Kraft nicht absprechen können. Geht der Schreck mit einer merklichen Hemmung der Gedankentätigkeit einher, so wird die suggestive Wirksamkeit des Schreckerlebnisses durch die Ausschaltung seelischer Gegenwirkungen verstärkt werden. Wünsche dürften die suggestiven Wirkungen des Schrecks oft genug unterstützen, sind aber nicht unumgänglich notwendig zur Erklärung jeder Schreckpsychose. Jedenfalls ist die Tatsache der Verankerung von Bewußtseinserlebnissen eine Suggestiverscheinung und kann als solche von jedem eindrucksfähigen Erlebnis ausgehen. Es muß nicht immer ein Wunsch sein[1]).

---

[1]) Die Meinungsverschiedenheiten über Entstehung und Auffassung der Kriegsneurosen und -psychosen rühren zu einem großen Teil daher,



Man wird mir die Erfahrungen an Kriegsgefangenen und frisch Verletzten, bei denen nur geringe oder keine nervösen Schreckfolgen beobachtet wurden, entgegenhalten. Ich kann diese Erfahrungen dahin ergänzen, daß ich nie eine Schreckpsychose bei einem Kriegsgefangenen gesehen habe, obwohl sich in Douai ein großes Kriegsgefangenen-Lazarett befand, in dem ich zu allen Nerven- und Geisteskrankheiten zugezogen wurde. Ebensowenig habe ich unter den vielen Schwerverwundeten auf den chirurgischen Abteilungen unseres Kriegslazaretts und bei meinen über 1000 frischen Kopfverletzten je eine Schreckpsychose beobachtet. Aber auch diese Tatsachen können ohne die Wunschtheorie erklärt werden. Die schwere Verwundung sowohl wie die Gefangennahme nimmt die Aufmerksamkeit der Betroffenen vollkommen in Anspruch und lenkt sie von den etwa vorhandenen Schreckfolgen nachdrücklich ab. Sie wirkt den Autosuggestionen, die von dem Schreckerlebnis ausgehen, entgegen und verhindert das Hineingleiten in schreckpsychotische oder schreckneurotische Zustände. Der Gefangene steht einer ihm völlig unbekannten Lage mit

---

daß die Grundbegriffe der Emotion (in unserem Falle der Schreckemotion), der Wunschvorstellungen und der Autosuggestionen, die sowohl von der Emotion selbst wie von den unter Umständen auftauchenden Wunschvorstellungen ausgehen können, nicht genügend auseinandergehalten werden. *Oppenheim* hat m. E. darin recht, daß nicht alle nervösen und psychischen Kriegsstörungen Wunschkrankheiten sind. Andrerseits führt aber auch die Emotion als solche nicht zu lange dauernden Neurosen und Psychosen, sondern erst durch das Mittelglied von ihr ausgehender Suggestionen. Irgendwelche mechanische Erklärung der fixierten Schreckfolgen halte ich für verfehlt. Mit *Liepmanns* (Neur. Zentralbl. 1916, H. 6) Unterscheidung einer „primären, unmittelbaren Kausalwirkung des psychischen Traumas" und einer „sekundären psychischen Verarbeitung eines Traumes auf dem Wege der Autosuggestion" stimmt meine Auffassung im wesentlichen überein, nur möchte ich noch schärfer als *Liepmann* hervorheben, daß es nicht „geheime Begehrung" ist, was die psychische Verarbeitung des Emotionserlebnisses ausmacht; es sind auch nicht nur Befürchtungen, sondern ganz allgemein die affektvolle Selbstwahrnehmung des durch die Emotion — hier den Schreck — veränderten seelischen Zustandes, was zur autosuggestiven Fixierung und Verdrängung zu führen vermag (das Bewußtsein: „du bist gelähmt", „du hast den Verstand verloren", „mit dir ist's zu Ende" u. ä., vgl. die Selbstbeobachtung von Dr. *Rohardt* (S. 482).

Spannung gegenüber und nimmt sich gewaltsam zusammen, weil er weiß, daß auf Heulen und Zittern keine Rücksicht genommen wird und jeder Anschein von Widersetzlichkeit ihm das Leben kosten würde. Er schärft seine Sinne, um die ihm auf unbekannte Art und in fremder Sprache gegebenen Befehle so gut wie möglich befolgen zu können. Der Schwerverwundete wird durch die Schmerzen seiner Wunde in Anspruch genommen, im Triebe der Selbsterhaltung versucht er die Blutung zu stillen, winkt und ruft Kameraden, bemüht sich, aus der Gefahrzone zurückzukriechen und ärztliche Hülfe zu erreichen — alles Dinge, die jede Neigung zu schreckneurotischen und schreckpsychotischen Entladungen und Fixierungen unterdrücken müssen. Andere Schreckbetroffene werden offenbar dadurch vor der Schreckneurose oder Psychose bewahrt, daß die fortdauernde Lebensgefahr und der Trieb zur Selbsterhaltung ihre Aufmerksamkeit völlig und so lange in Anspruch nehmen, bis die Schreckwirkung in ihnen abgeklungen ist. In Übereinstimmung damit sah ich viele Schreckbetroffene in dem Augenblick der Schreckwirkung erliegen und in hysterische Krämpfe, Zittern, Stottern oder seelische Störungen verfallen, in dem sie den schützenden Graben, den Unterstand oder Verbandplatz erreicht hatten und ihre bis dahin abgelenkte Aufmerksamkeit sich dem überstandenen Schreck und seinen suggestiven Auswirkungen hingeben konnte. In wieder anderen Fällen ist es der kräftige Wille, das Bewußtsein des Beispiels, das der Vorgesetzte geben soll, was die Schreckwirkungen nicht nur vorübergehend, sondern endgültig unterdrückt. In allen diesen Fällen aber müssen es nicht Wünsche sein, von denen die suggestiven fixierenden und verdrängenden Wirkungen ausgehen, sondern der Schreck allein besitzt in vielen Fällen diese Kraft. Damit will ich nicht leugnen, daß Wunschmomente unterstützend mitwirken und im weiteren Verlauf (verschleppte Verläufe, Rückfälle) eine Rolle spielen können. Die Wunschfaktoren müssen aber in jedem Fall nachgewiesen oder doch wahrscheinlich gemacht werden, sie dürfen nicht von vornherein als vorhanden angenommen werden.

Die Überschätzung der Wünsche ist wohl hauptsächlich dadurch bedingt, daß fast alle hierauf bezüglichen Überlegungen von den Neurosen und von Beobachtungen im Heimatgebiet aus-



gegangen sind. Kriegsneurosen sind aber nur zum Teil Schreckneurosen und lassen auch, soweit sie Schreckneurosen sind, tatsächlich häufiger als die Schreckpsychosen Wünsche erkennen. Im Felde spielen aber Wunschfaktoren im ganzen eine geringere Rolle als im Heimatgebiet, wo der Wunsch nicht ins Feld zu kommen oder vom Heeresdienst überhaupt loszukommen, häufiger und stärker angetroffen wird als bei Feldsoldaten der Wunsch, den Kriegsgefahren zu entrinnen. Übrigens gibt es neben den Schreckpsychosen auch im Felde eine besondere Art psychogener Psychosen, in deren Entstehung Wunschmomente erheblich mitwirken: „Furchtpsychosen", die nicht durch Schreck, sondern durch die Furcht z. B. vor einem gefährlichen Patrouillengang, einem für den nächsten Tag angesetzten Sturmangriff und durch den Wunsch, diesen drohenden Gefahren zu entgehen, hervorgerufen werden. Ihre Unterscheidung von den Schreckpsychosen ist oft schwierig.

VII. Verlauf, Dauer und Ausgang.

Fast alle Krankheitsfälle sind während ihres Aufenthaltes im Kriegslazarett in Heilung ausgegangen. Nur zwei Kranke mußte ich, bevor ihr Stupor gänzlich abgelaufen war, aus militärischen Rücksichten zurückbefördern. Über ihr späteres Schicksal konnte ich nichts erfahren, doch ist nach den im Lazarett gemachten Beobachtungen kein Zweifel an der psychogenen Natur auch dieser Erkrankungen. In über der Hälfte der Fälle dauerte die Geistesstörung nur kurze Zeit, d. h. weniger als 10 Tage (19 mal — Fälle 1, 2, 5—13, 21, 22, 25 und 4 nicht veröffentlichte Kranke). Bei einem Kranken (Fall 2, dämmeriger Erregungszustand) währte die Krankheit nur wenige Stunden. 6 Kranke wiesen eine Dauer von 10 bis 20 Tagen auf (Fälle 3, 4, 14, 19, 34, und ein nicht veröffentlichter Fall). 7 eine solche von 23 bis 53 Tagen (Fall 15, 16, 17, 18, 20, 23, und ein nicht veröffentlichter Fall). Eine Dauer über 10 Tagen fand sich häufiger bei den läppischen Dämmerzuständen und den Stuporformen als bei den übrigen Krankheitsbildern.

Ein tödlicher Ausgang ist nie vorgekommen. Da der Krieg wohl die denkbar schwersten Schreckeindrücke liefert, muß ich be-



zweifeln, daß eine zum Tode führende Gehirnstörung ausschließlich durch Schreck verursacht werden kann, wie dies von *Stierlin* behauptet worden ist. In den so gedeuteten Fällen dürften noch andere Schädigungen mitgewirkt haben.

Bei 4 Kranken traten Rückfälle ein. Fall 16 befand sich schon bei der Aufnahme in ein Reservelazarett wieder in einem läppisch-erregten Zustande, der in zirka 10 Tagen abklang. Fall 19 verfiel während des Transportes in die Heimat erneut in seinen läppischen Dämmerzustand, als der Lazarettzug mit einem anderen Zuge zusammenstieß; Ablauf in einigen Wochen. Fall 7 machte sogar drei Rückfälle durch. Nach einem Gewitter, nach einer Theatervorstellung mit markiertem Infanteriefeuer, nach einer Zurechtweisung durch den Arzt. Bei Fall 9 stellten sich „Bewußtseinstrübungen mit Angst" nach seiner Entlassung aus dem Heeresdienst erneut ein; Wiederherstellung in zwei Monaten. Fall 22 hatte schon ¾ Jahre vor dem jetzigen Schreckstupor nach Granateneinschlag einen Stupor durchgemacht, sodaß die zweite Psychose in gewissem Sinne als ein Rückfall aufzufassen ist.

Nach Ablauf der Schreckpsychose bestand bei sämtlichen Kranken mehr oder weniger lange Zeit ein teils einfacher, teils mit hysterischen Symptomen einhergehender nervöser Schwächezustand. Zwei Kranke, deren einfach-nervöse Beschwerden sehr gering waren, konnten aus dem Kriegslazarett unmittelbar zum Dienst bei der Etappe entlassen werden (Fälle 1 und 3). Die Übrigen wurden in die Heimat zurückbefördert. Die hysterischen Störungen traten in den Heimatlazaretten zum Teil stärker hervor als unmittelbar nach Ablauf der Psychose (Fälle 6, 7, 20), doch sind sieben der zurückbeförderten Kranken wieder kriegsverwendungsfähig geworden und haben sich zum Teil besonders ausgezeichnet (Fälle 2, 3, 8, 11, 15, 22, 24). Ich hatte das nicht erwartet und sehe darin auch einen Grund gegen die Überschätzung der Wunschgedanken. Fall 15 war später während eines Trommelfeuers nahe daran, wieder in eine Schreckerkrankung zu verfallen, konnte aber das Zittern mit starker Willensanspannung überwinden und hat den folgenden Sturmangriff und alle weiteren Leistungen rüstig und tapfer mitgemacht. 15 Kranke sind allerdings kr. u. geworden oder als g. v. bezw. a. v. zu einer bürgerlichen Tätig-



keit beurlaubt worden. Leider waren nicht von allen Fällen Auskünfte über ihre spätere militärische Verwendbarkeit zu erhalten.

VIII. Krankheitsunterscheidung.

Daß die hier dargestellten Psychosen auch dann auf einen Schreck zurückzuführen sind, wenn gleichzeitig mechanische oder toxische Gehirnschädigungen eingewirkt haben, wurde schon begründet (S. 481f.). Eine nervöse Erschöpfung spielt nur insofern häufig mit, als dem auslösenden Schreckerlebnis oft eine affektive Erschöpfung vorangeht. Trotzdem handelt es sich um Schreck- und nicht um Erschöpfungspsychosen (S. 479). Es ist nicht umsonst, das nachdrücklich hervorzuheben, da mir eine stattliche Zahl zweifelfreier Schreckpsychosen im Felde und auch jetzt in dem meiner Klinik angegliederten Nervenlazarett unter der mit Unrecht sehr beliebten Bezeichnung Erschöpfungspsychose, nervöse Erschöpfung u. ä. zugeführt wurde. Verwechslungen mit endogenen heilbaren Erkrankungen (Melancholie, Angstpsychose, paranoisch gefärbter oder stuporöser Depression, Manie) können bei genauer Beachtung der Krankheitserscheinungen, des Beginns im unmittelbaren Anschluß an ein Schreckerlebnis und des raschen Verlaufs nur selten entstehen. Depressionszustände nach Schreck sind — abgesehen von den depressiv gefärbten Schreckneurosen — überhaupt nicht sicher nachgewiesen. In einem Falle paranoischer Melancholie hätte meine Fehldiagnose vermieden werden können, da sich die Erkrankung nicht unmittelbar an einen Schreck angeschlossen hatte (vgl. S. 476). Dagegen hat die vielfach bestehende Neigung, bei irgendwie verdächtigen Symptomen eine Dementia praecox anzunehmen, nicht selten Fehldiagnosen an den mir zugeführten Kranken bewirkt. Tatsächlich bereitet es auch häufig große Schwierigkeiten, eine Katatonie oder Hebephrenie von einer Schreckpsychose zu unterscheiden. Besonders die läppischen und die heiteren Dämmerzustände sowie die Stuporformen erinnern an Krankheitsbilder aus der Gruppe der endogenen Verblödungen. Können doch Vorbeireden, ein elektives, je nach der Situation und der Frage wechselndes Verhalten auch bei Katatonikern und Hebrephrenen vorkommen. Versagt hier bis zu einem gewissen Grade die Symptoma-



tologie, so zeigte der Verlauf in allen auf Dementia praecox verdächtigen Fällen, daß Heilung eingetreten ist, bezw. nur hysterische Symptome zurückgeblieben sind (Fall 14 und 19). Ich bestreite nicht, daß durch Schreck die Syptome einer in Entwicklung begriffenen Dementia praecox zum ersten Male hervorgetrieben werden können, habe aber nur einen einzigen sicheren Fall dieser Art gesehen. *Herschmann* beschreibt zwei solche Kranke (Katatoniker)[1]). Der *Abderhalden*schen Reaktion würde ich in strittigen Fällen keine Beweiskraft zubilligen, da ihre Ergebnisse selbst noch umstritten sind und auch bei Granatverschütteten Abbau verschiedener Organe gefunden worden ist (Nebenniere, Hypophyse, Rückenmark)[2]). Zwei Fälle, die ich zuerst als Schreckpsychosen aufgefaßt hatte, stellten sich als symptomatische Geistesstörungen bei fieberhafter Polyneuritis heraus.

Zum Schlusse sei nochmals hervorgehoben, daß nicht alle psychogenen Kriegspsychosen Schreckpsychosen sind. Auch durch andere gemütsbewegende Erlebnisse — Bestrafungen, Zusammenstöße mit Vorgesetzten —, besonders aber durch die Furcht vor drohenden Gefahren — bevorstehender Sturmangriff, gefährlicher Patrouillengang u. ä. — können im Felde Geistesstörungen hervorgerufen werden. Ferner liefert der Heeresdienst in der Heimat eine nicht unerhebliche Zahl von psychogenen geistigen Erkrankungen, die mit Schreck nichts zu tun haben und größtenteils als „Furchtpsychosen" (besonders Furcht vor der Front) zu deuten sind. Unter ihnen überwiegen im Gegensatz zu den Schreckpsychosen die Ganser-Formen, die Pseudodemenzen, die psychogenen Depressionen. *Ruben*[3]) hat sie nach den Erfahrungen meiner Klinik beschrieben.

IX. Behandlung.

In einem geräumigen, zu ebener Erde gelegenen Zimmer des unserem Lazarett dienenden großen Schulgebäudes hatte ich einen

[1]) Vgl. auch *Schmidt*, Schizophrenie und Dienstbeschädigung, Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 40, H. 4, 1916, der die Verursachung einer Dementia praecox durch den Krieg ebenfalls für etwas sehr Seltenes hält.

[2]) *Uhlmann*, Münch. med. Wschr. 1916, 18. Feldbeilage.

[3]) *Ruben*, Psychogene Psychosen des Heimatgebietes. Allgemeine Zeitschrift der Psychiatrie. dieses Heft, S. 393 ff.



Wachsaal zu 16 Betten eingerichtet, in dem ich Hitzigsche Drehfenster mit kleinen Scheiben aus dickerem Glas hatte anbringen lassen. Zwei geschulte Irrenwärter, die von 2 bald angelernten freiwilligen Krankenpflegern unterstützt wurden, versahen den Dienst. Die Schreckkranken mit psychischen Störungen wurden grundsätzlich auf dem Wachsaal aufgenommen. Obwohl die Leute sehr oft mit Munition und Waffen zur Aufnahme kamen und sich gegen die Abnahme dieser Gegenstände häufig sträubten, ist nie ein Unglück vorgekommen. Die Behandlung konnte sich in den meisten Fällen auf Bettruhe und Schlaferzeugung (Morphium, Schlafmittel, feuchte Packungen) beschränken. Selten waren Einspritzungen von Skopolaminmorphium notwendig. Die Nahrung mußte öfter mit dem Löffel gereicht werden, Schlundsondenfütterung war nie erforderlich. Die Kranken wurden nach Ablauf der psychischen Störungen auf andere Säle der Abteilung verlegt und dann bald mit Lazarettzug zurückbefördert.

X. Zusammenfassung.

1. In einem Zeitraum von ungefähr 2 Jahren wurden in einem nahe der Front gelegenen Kriegslazarett 104 Schreckpsychosen beobachtet. Die Schreckpsychosen sind die häufigsten Geistesstörungen des Kriegsschauplatzes und bilden etwas mehr als den vierten Teil der überhaupt gesehenen Psychosen (104 Schreckpsychosen: 288 anderen Geistesstörungen). Schreckpsychosen sind nicht halb so häufig wie Schreckneurosen (104 Schreckpsychosen: 246 Schreckneurosen).

2. Die Zustandsbilder waren: a) Dämmerzustände und ihnen verwandte Formen, einfache Dämmerzustände, dämmerige Erregungszustände, ängstliche Delirien, Halluzinose, heitere, läppische und expansive Dämmerzustände (62 Fälle), b) Stuporzustände in 42 Fällen (apathische, ängstliche, heitere Formen).

In der ersten Gruppe sind die ängstlichen Delirien die häufigste Form, ihnen folgen die heiteren und läppischen Dämmerzustände. Selten waren einfache Dämmerzustände (mit Ganser-Symptomen), dämmerige Erregungen, Halluzinose und expansive Zustände.

3. Unter den Symptomen sind unmittelbare und mittelbare



Schreckfolgen zu unterscheiden. Die unmittelbaren Schreckfolgen auf dem Gebiete des Gefühlslebens sind: Nachdauer der Schreckerregung, Schreckapathie (sog. Emotionslähmung), Umschlag in Heiterkeit. Letztere Erscheinung ist als affektiver Nachkontrast, negatives Gefühlsnachbild aufzufassen. Von der Schreckapathie ist die Hemmung der Schreckentäußerung durch den Trieb der Selbsterhaltung zu unterscheiden. Auf dem Gebiete der Vorstellungstätigkeit und der Beweglichkeit sind die unmittelbaren Schreckfolgen: Bewußtseinstrübung, allgemeine Hemmung der Reproduktion und Bewegungen. Mittelbare Schreckfolgen sind die autosuggestiven Fixierungen und Verdrängungen von Affekten und Vorstellungen. Im einzelnen Zustandsbild bestehen mittelbare und unmittelbare Schreckfolgen nebeneinander, doch so, daß in den einfachen Dämmerzuständen die unmittelbaren Schreckfolgen überwiegen, während die ängstlichen Delirien, die läppischen und expansiven Dämmerzustände und die Stuporzustände mehr mittelbare, autosuggestive Schreckfolgen enthalten.

4. Die Schreckpsychosen sind sehr oft von körperlich-hysterischen Zeichen begleitet und gefolgt.

5. Die autosuggestiven Fixierungen und Verdrängungen benötigen zu ihrer Erklärung nicht die Annahme von Wünschen (Heimatswunsch u. ä.), sondern dem Schreckerlebnis kommt selbst eine suggestive Kraft zu. Wünsche sind oft nicht nachweisbar und nach der Persönlichkeit der Betroffenen unwahrscheinlich. Das Fehlen von Schreckpsychosen bei Kriegsgefangenen und bei frischen Schwerverletzten erklärt sich daraus, daß bei Gefangennahme und schwerer Verwundung die Aufmerksamkeit vom Schreck und seinen Folgen abgelenkt wird und die vom Schreckerlebnis ausgehenden Autosuggestionen gehemmt werden. Die Beobachtungen an Gefangenen und Verwundeten sind mithin kein Beweis für die Wirksamkeit von Wünschen.

6. Die Ursachen der Schreckpsychosen waren nahe einschlagende Granate, Mine, Fliegerbombe, nächstdem lange dauernde Artilleriebeschießung ohne ein nachweisbares besonderes Schreckerlebnis, feindlicher Sturmangriff mit Einbruch des Feindes in die Stellung, seltener Verschüttung, Minensprengung, Überfall auf Posten. Eine Schreckwirkung kann auch dann erfolgen, wenn der



Betroffene zunächst bewußtlos wird, der affektive Zustand beim Erwachen aus der Bewußtlosigkeit aber ein schreckhaft-angstvoller ist. Zum einzelnen Schreckerlebnis kommt meistens die affektive Erschöpfung durch lange Beschießung. Die affektive Erschöpfung ist durchaus von der allgemeinen Erschöpfung zu trennen. Die beschriebenen Psychosen sind keine „Erschöpfungspsychosen", die überhaupt außerordentlich selten sind.

7. Neuropathische Veranlagung ist zur Entstehung einer Schreckpsychose nicht notwendig, findet sich aber in der Mehrzahl der Fälle. Doch überwiegen die leichteren Regelwidrigkeiten, unter denen hypomanische Veranlagungen häufig waren. Die meisten Kranken befanden sich im rüstigsten Alter von 20—25 Jahren. Die städtischen Berufe überwogen. Je höher der militärische Dienstgrad, desto seltener ist eine Erkrankung.

8. Ein Intervall zwischen Schreckerlebnis und Ausbruch der Psychose findet sich nicht immer. Wo es vorhanden ist, liegt während desselben nicht stets eine Schreckapathie vor.

9. Die Schreckpsychosen sind durchweg heilbare und meist kurzdauernde Erkrankungen. Über die Hälfte dauert nur bis zu 10 Tagen, die längste Dauer war 53 Tage, die kürzeste einige Stunden. Vereinzelt kamen Rückfälle vor. Nach dem Ablauf der Schreckpsychose besteht ein teils einfacher, teils mit hysterischen Symptomen einhergehender nervöser Schwächezustand. $^1/_5$ der katamnestisch verfolgten Kranken ist wieder ins Feld gekommen, mehrere derselben haben sich später besonders ausgezeichnet.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

5. Jahresversammlung der Pommerschen Vereinigung für Neurologie und Psychiatrie am 19. Jan. 1918 in Stettin.

Anwesend waren nicht nur alle Mitglieder, soweit sie nicht im Felde stehen, sondern auch, da durch das Sanitätsamt eine Einladung an alle in militärischem Dienste stehenden Ärzte ergangen war, eine sehr große Anzahl von Kollegen aus Stettin und der Provinz. Vorsitzender: *Mercklin*-Treptow a. R.

Schröder-Greifswald: Die Dienstbeschädigungsfrage bei Psychosen.

Der Krieg hat bisher eine erkennbare Vermehrung der Geisteskrankheiten nicht gebracht. Amentiaartige Krankheitsbilder sind während des Krieges nicht häufiger geworden.

Die allgemeinen Schädigungen der Erschöpfung, der Entbehrung, der seelischen Erregung usw. können also bei der Entstehung der großen Mehrzahl der Geisteskrankheiten eine nennenswerte Rolle nicht spielen, selbst dann, wenn sie vorübergehend nervöse Erscheinungen mit psychotischen Beimengungen machen.

Bei den großen klinischen Gruppen, dem manisch-depressiven Irresein, der progressiven Paralyse, der Dementia praecox, den mannigfachen paranoiden Erkrankungen, kann D. B. auch für Verschlimmerung, für Auslösung eines akuteren Verlaufsabschnittes und für Beschleunigung des Beginnes nur ausnahmsweise in Betracht kommen, und zwar nur dann, wenn ganz bestimmte, ungewöhnlich schwere Strapazen oder Schädigungen voraufgegangen sind, und wenn auch der klinische Verlauf auffällig ist. Bei allen akuten Zuständen ist vor Regelung der D. B.-Frage Heilung bzw. Abklingen im Lazarett abzuwarten.

Dasselbe gilt für die gewöhnliche Epilepsie. Dagegen ist als D. B. verhältnismäßig häufig eine traumatische Epilepsie nach Kopfschuß und nach andern Schädelverletzungen; auch Verschlimmerung einer gewöhn-



lichen Epilepsie nach solchen Verletzungen wird beobachtet. Die Erkennung von Krampfanfällen als epileptischen stößt oft auf große Schwierigkeiten.

Schädelschüsse machen neben Herdsymptomen vielfache psychische Ausfallerscheinungen (vorübergehend Stupor, Apathie, dauernd Merkschwäche, Reizbarkeit, epileptoide Symptome), selten die Kommotionspsychose.

Die hysterischen Psychosen und die Exazerbationen von Psychopathien verlangen besonders eingehende Prüfung der Vorgeschichte und der Entwicklung für die D. B.-Frage. Die Rolle, welche neben Veranlagung und andern Ursachen die Dienstschäden spielen, ist oft schwer zu bewerten. K. D. B. scheidet häufig aus. Meist kann die Heilung erreicht oder das Abklingen abgewartet werden. Dauernde Schädigung und Rentengewährung kommt deshalb nur ausnahmsweise in Betracht.

Aussprache. — *Deutsch*-Treptow a. R.: Die Anschauung, daß die Begriffe endogene und exogene Geistesstörung einander stets und völlig ausschließen, ist neuerdings ins Schwanken geraten. Es wirken bei der Entstehung, noch mehr bei der Gestaltung geistiger Störungen endogene und exogene Ursachen gemeinsam, wobei freilich sehr häufig die einen derart überwiegen, daß man die andern vernachlässigen darf. Da ist es auffallend, daß gerade jetzt von verschiedenen Seiten versucht wird, den auslösenden Einfluß äußerer Ereignisse und ihrer seelischen Begleiterscheinungen auf das Zustandekommen endogener geistiger Störungen mehr oder weniger zu bestreiten. Daß jedenfalls auch diese nur auslösende Wirkung äußerer Ereignisse als Kriegsdienstbeschädigung anerkannt werden muß, verlangt meiner Meinung nach der Wortlaut des Abschnittes 151 der D. A. Mdf., besonders der Satz: „Bei allen Erkrankungen während der Teilnahme an einem Kriege wird ohne weiteres Dienstbeschädigung angenommen werden können, es sei denn, daß die Gesundheitsstörung mit den Sonderverhältnissen des Krieges augenscheinlich keinen Zusammenhang hat.“ Im Zusatz zu Abschnitt 151 wird nun zwar verlangt, bei endogenen Geistesstörungen diesen Zusammenhang zu „prüfen“, jedoch heißt es weiter: „Im vorderen Teil des Kriegsgebietes wird ein Nachweis des Zusammenhangs mit den besonderen Verhältnissen des Krieges nur ganz ausnahmweise erforderlich sein, und auch in weiter rückwärts gelegenen Teilen des Kriegsgebiets wird er häufig entbehrt werden können.“ Absatz 151 läßt also Kriegsdienstbeschädigung leichter zu als Friedensdienstbeschädigung. Daß die infolge dieser Erleichterung an Geisteskranke — Neurotiker kommen hier nicht in Frage — in vermehrter Zahl bewilligten Renten gegenüber der Gesamtzahl der Renten keine Rolle spielen, ist schon mehrfach von andererSeite hervorgehoben worden. Desgleichen, daß die Unterhaltung dieser Geisteskranken zum größten Teil doch den öffentlichen Kassen zufallen wird, und daß es daher zuletzt gleichgültig ist, welche Kasse die Unterstützung zahlt. Es muß erbitternd

auf die Angehörigen wirken, wenn je nach dem theoretischen Standpunkt des Begutachters dem einen Geisteskranken Rente bewilligt wird, dem andern nicht. Eine einheitliche Regelung durch eine besondere Verfügung wäre daher erwünscht. Die Regelung geschieht heute vielfach dadurch, daß, wie kürzlich ein Vertreter der neuen Richtung klagte, die entscheidenden Stellen diese schroffen Begutachtungen umzustoßen pflegen.

Vorkastner-Stettin: Es gibt auch Fälle, in denen ausgesprochen Manisch-Depressive starke Feldzugsstrapazen durchmachen, ohne eine neue Attacke zu bekommen. Schilderung eines solchen Falles:

Junger Mann, der vor einigen Jahren an einer Manie erkrankt gewesen, hat sich bei Beginn des Krieges als Kriegsfreiwilliger gemeldet, wurde rasch zum Offizier befördert, ist bis jetzt an einer äußerst exponierten Stelle des Westens gewesen, hat an zahlreichen Gefechten teilgenommen und sich eine Reihe zum Teil hoher Auszeichnungen erworben, ist einmal verwundet gewesen und hat eine Lungenentzündung durchgemacht; trotz aller dieser Schädigungen ist eine neue Attacke nicht aufgetreten. Ein einzelner Fall beweist nichts. Aber derartige Fälle sprechen auch nicht dafür, daß bei der Entstehung der Attacken des manisch-depressiven Irreseins äußeren Einwirkungen ein wesentlicher Einfluß zukommt. Möglicherweise wird eine neue Attacke kommen, wenn die äußeren Verhältnisse ganz behagliche sind.

Deutsch-Treptow a. R.: Es geht natürlich nicht an, aus dem einen negativen Fall den Schluß zu ziehen, daß die Kriegsereignisse ein- für allemal nicht imstande sind, bei einem Manisch-Depressiven eine Depression hervorzurufen.

Hat der betreffende Offizier nicht vielleicht die 2 Jahre hindurch an einer flotten Hypomanie gelitten?

Vorkastner: Er habe extra betont, daß aus einem einzelnen Falle keine bindenden Schlüsse zu ziehen seien. Es ist nichts dafür bekannt und unwahrscheinlich, daß der Herr draußen unvermerkt eine Manie durchgemacht hat. Daß er gelegentlich etwas hypomanisch gewesen, ist allerdings nicht ganz ausgeschlossen. Wesentlich ist doch immerhin, daß trotz der Schädigungen eine schwerere Attacke ausgeblieben ist.

Mercklin-Treptow a. R. findet, daß in den Leitsätzen Prof. *Schröders* der zweite und dritte Absatz zu scharf ablehnend gefaßt sind. Theoretisch muß für möglich erachtet werden, daß die seelischen Erregungen des Krieges an sich bei der Auslösung des manisch-depressiven Irreseins und der Dementia praecox eine Rolle spielen können. Aus manchen praktischen Friedenserfahrungen betreffend manisch-depressives Irresein läßt sich das ebenfalls ableiten. Auch wenn man die tiefen Remissionen der Dementia praecox, namentlich die bekannte erste tiefe Remission mancher Fälle, außerhalb der Anstalt genau verfolgen kann, gewinnt man den Eindruck, daß die Schnelligkeit des Wiedereintritts schwerer Krank-



heitserscheinungen nicht unabhängig ist von den Anforderungen, welche an den relativ Genesenen gestellt werden. Natürlich ist die Beweisführung im einzelnen Falle schwierig, und die Beweismittel für stattgehabte Kriegs-D. B. sind überhaupt oft schwer und erst nach mancherlei Nachfragen zu beschaffen. Es muß auch im Auge behalten werden, daß durch allmähliche Summation von Strapazen derselbe Nachteil entstehen kann wie durch einmalige ungewöhnlich schwere Konstellation von Erlebnissen.

Encke-Lauenburg: Das Referat geht von einer unzutreffenden Auffassung des Begriffs der Kriegs-D. B. aus. Der wissenschaftliche Begriff der Ätiologie und der der Kriegs-D. B. decken sich nicht. Da der Zweck der militärärztlichen Begutachtung die Schaffung der Grundlagen für das Urteil der entscheidenden militärischen Behörde ist, muß ihr auch die für diese gegebene Begriffsbestimmung untergelegt werden. Nach der D. A. Mdf. ist zwar für die Friedens-D. B. jedesmal der Zusammenhang zwischen dienstlichen Verhältnissen und der Erkrankung zu beweisen (§ 101), nicht aber für die Kriegs-D. B. Für diese ist im Gegenteil der Zusammenhang jedesmal anzunehmen, es sei denn, daß ein solcher augenscheinlich nicht besteht (§ 151). In der Regel wird für die im vorderen Kriegsgebiet Erkrankten der Nachweis des Zusammenhanges nicht erforderlich sein. (Erweiterung des § 151 vom 13. Juni 1917.) Sinngemäß liegt dem Gutachter für diese Fälle nicht der Nachweis des Zusammenhanges ob, sondern im Gegenteil im Falle der Rentenablehnung der Nachweis, daß ein Zusammenhang nicht besteht. Dieser wird aber nach dem heutigen Stand unseres Wissens meist sehr schwierig oder unmöglich sein. Lehnen wir, nur gestützt auf wissenschaftlich-ätiologische Betrachtungen, Kriegs-D. B. ab, so erschweren wir in den meisten Fällen nur das Verfahren, ohne unsere Ansicht, daß eine Rente nicht zusteht, durchzusetzen. Andernfalls werden wir in vielen Fällen den Beteiligten unrecht tun im Vergleich mit andern inneren Kranken, bei denen Kriegs-D. B. ohne weiteres anerkannt wird, obwohl auch bei ihnen angeborene Veranlagung und besondere Disposition ihre Rolle spielen Außerdem können wir nicht wissen, wieweit auch für die krankhaften Störungen der inneren Sekretion später äußere Einflüsse als maßgebend werden erkannt werden. Es scheint mir nicht gerechtfertigt, auf Grund noch nicht voll ausgearbeiteter Theorien den einzelnen zu schädigen, obwohl ich das Bedenkliche der unterschiedlosen Rentengewährung anerkenne.

Selbstverständlich halte auch ich eine gründliche wissenschaftliche Durchforschung des einzelnen Falles für das militärärztliche Gutachten für erforderlich. Ich verfahre so, daß ich feststelle, welche Veranlagung vorliegt, wieweit Störungen bereits vor der Kriegsteilnahme beobachtet sind, und wie Beginn und Entwicklung des Leidens waren. Dann erörtere ich den kausalen Zusammenhang mit dem Kriege nach wissenschaftlicher Anschauung, stütze mich aber im Schlußgutachten wesentlich auf die Tatsache, ob die erwähnten Voraussetzungen des § 151 D. A. Mdf. für



das Vorliegen von Kriegs-D. B. erfüllt sind oder nicht. Auf diese Weise hat die maßgebende Behörde das Mateiial, das sie braucht, um über Rentengewährung zu entscheiden.

Schnitzer-Stettin stellt sich auf Grund seiner Erfahrungen vollkommen auf den Standpunkt *Schröders*. Die Dienstbeschädigungsfrage kann bei allem Wohlwollen nur nach wissenschaftlichen Grundsätzen geprüft und beantwortet werden. Sobald man das Dienstbeschädigungsproblem gefühlsmäßig zu lösen sucht, verliert man den Boden unter den Füßen. Dies gilt besonders auch für die Frage der Dienstbeschädigung durch Verschlimmerung. Hier sollten nicht die allgemeinen Strapazen des Krieges und seine lange Dauer maßgebend sein, sondern es müssen greifbare Schädigungen ernsterer Art nachgewiesen sein, um die Dienstbeschädigung zu begründen.

Mercklin-Treptow a. R.: Es wäre gewiß dankenswert, wenn wir ganz festgelegte Richtlinien für Beurteilung der Kriegs-D. B.-Frage hätten, wie sie die heute vorgetragenen Leitsätze anstreben. Es werden aber immer Glieder in der Beweisführung nachbleiben, welche nur durch subjektive Schätzung des einzelnen Gutachters zu erledigen sind. So ist ja klar, daß z. B. eine schwere Verwundung, eine Verschüttung, anhaltendes Trommelfeuer als „ungewöhnlich schwere“ Schädigung angesehen werden müssen, aber schon bei der Beurteilung der „Strapazen“ bleibt dem subjektiven Ermessen viel Spielraum übrig, und wir kommen über die von *Schnitzer* beanstandeten „Gefühlswerte“ nicht ganz hinweg.

Deutsch-Treptow a. R.: Die Militärbehörde verlangt gar nicht, daß der Arzt sich im D. U.-Zeugnis unter allen Umständen für oder gegen Dienstbeschädigung ausspricht. In schwierigen und zweifelhaften Fällen kann man nach einem Abschnitt der D. A. Mdf. Dienstbeschädigung auch als wahrscheinlich oder zweifelhaft hinstellen.

Werner-Stettin: Nach den bei der Heeresverwaltung geltenden Grundsätzen wird daran festgehalten werden müssen, die D. B.-Frage baldmöglichst nach dem Eintritt des Erkrankten in die ärztliche Behandlung zu klären. Die Erwägung, daß die Krankheitserscheinungen voraussichtlich völlig abklingen werden, darf dabei nicht verzögernd wirken.

Bei der Anerkennung der D. B. ist damit zu rechnen, daß die Heeresverwaltung, insbesondere die entscheidende Behörde im Kriegsministerium, in zweifelhaften Fällen stets Dienstbeschädigung annehmen wird. Es sei dabei hervorgehoben, daß die Anerkennung einer Dienstbeschädigung nicht Sache des Arztes, sondern der militärischen Vorgesetzten ist, der Arzt nur als Sachverständiger mitwirkt.

Die Frage der Dienstbeschädigung spielt, solange durch ihre Folgen eine Erwerbsbeeinträchtigung über 10% nicht gegeben ist, praktisch keine Rolle.

Sollten aber z. B. bei Psychopathen — nach Ablauf eines Zeitraumes

in dem eine die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigende Störung nicht bestand, von dem Kranken selbst oder seinen Angehörigen infolge Eintritts eines Rückfalles Versorgungsansprüche auf Grund früher anerkannter D. B. erhoben werden, so wird jedesmal erneut eingehend geprüft, ob der Rückfall in irgendeinem Zusammenhang mit der seinerzeit erlittenen Dienstbeschädigung steht.

Richter-Stettin fragt, ob für den Begriff einer Verschlimmerung das akute und heftige Einsetzen der geistigen Störung verlangt wird.

Schröder-Greifswald (Schlußwort): Verschlimmerungen von Geisteskrankheiten nach guten Remissionen haben besonders häufig akutes Gepräge, aber nicht ausnahmlos.

Theoretisch ist allgemein erwartet worden, daß die seelischen Erregungen des Krieges eine große Rolle spielen würden bei der Auslösung und Hervorrufung von Geisteskrankheiten. Die Kriegserfahrung hat aber gelehrt, daß diese Erwartung falsch war. Würden seelische Erregung, Erschöpfung und Entbehrung eine irgendwie erheblich in Betracht kommende ursächliche Rolle spielen bei der Entstehung oder Auslösung von Psychosen bzw. bei der Verschlimmerung bestehender Störungen und der Beschleunigung von Rezidiven, dann müßte, bei der enormen Zahl der Kriegsbeteiligten und der enormen Größe der Schädigungen dieses Krieges, die Zahl der Geisteskranken stark zugenommen haben. Davon ist aber — eben das lehrt die Erfahrung, auch wenn wir genaue Zahlen noch nicht haben — keine Rede. Das berechtigt und zwingt uns deshalb, für die Geistesstörungen, soweit sie nicht hysterischer Natur oder Exazerbationen bei Psychopathen sind, generell den Nachsatz Ziffer 151 der Dienstanweisung („es sei denn, daß die Gesundheitsstörung mit den besonderen Verhältnissen des Krieges augenscheinlich keinen Zusammenhang hat") als vorliegend zu erachten und nur dann Ausnahmen zu machen, wenn einmal die erlittenen Schädigungen ganz besonders schwer waren oder wenn sonst einmal bestimmte klinische usw. Gründe dafür vorhanden sind, nicht umgekehrt.

Nicht dieser aus der Kriegserfahrung gegen vielfaches Erwarten sich ergebende Standpunkt, sondern die ungenügend begründete Bewertung von Möglichkeiten und persönlichen Eindrücken ist es m. E., welche die angeblich zu befürchtende Verbitterung wegen ungleicher Beurteilung schaffen könnte. Der Krieg hat uns mit lernen helfen, daß die festsitzende vulgär-medizinische und weit verbreitete wissenschaftliche Auffassung bezüglich der Verursachung von Geisteskrankheiten durch seelische Erregungen usw. für die ganz überwiegende Mehrzahl falsch ist. Vermutungen, daß für krankhafte Störungen der inneren Sekretion, welche als Ursachen der Psychosen in Betracht kommen könnten, später einmal äußere Einflüsse als maßgebend erkannt werden können, führen uns vorläufig nicht weiter; sie werden gleichfalls zunächst widerlegt durch die Tatsache, daß der Krieg eine Vermehrung der Geisteskrankheiten nicht gebracht hat.



Vorkastner-Stettin: Die Dienstbeschädigungsfrage bei Neurosen.

Die *Oppenheim*sche Lehre von der traumatischen Neurose ist als widerlegt anzusehen. Die Kriegsneurosen sind Krankheitsbilder neurasthenischen (bzw. nervösen) und hysterischen Charakters. Wieweit krankhafte Veranlagungen fehlen, ist eine Streitfrage. Abzutrennen von den Neurosen sind Affektionen, die sich dem Organischen annähern oder gar direkt organisch sind (Schwächezustände nach Infektionskrankheiten, sogenannte Kommotionsneurosen).

In recht zahlreichen Fällen kann Heilung (bzw. Beseitigung der Störungen und bürgerliche Leistungsfähigkeit) erzielt werden. Die Nachbehandlung bereits mit Rente Entlassener verspricht nach anderwärts gemachten Erfahrungen guten Erfolg.

In die gutachtliche Beurteilung spricht die praktische Erwägung der ungünstigen Wirkung des Rentenverfahrens hinein, der soweit angängig, Rechnung zu tragen ist.

Nach Beseitigung der Erscheinungen ist D. B. nicht mehr anzunehmen.

Die große Rolle krankhafter Veranlagung läßt bei Neurosen nur in beschränktem Maße D. B. in Betracht kommen. Es ist sorgfältig die Stärke einerseits der endogenen Veranlagung, andrerseits der beteiligten äußeren Einwirkungen abzuschätzen. Wenn letzteren eine wesentlichere Bedeutung nicht zukommt, ist D. B. nicht anzunehmen. Annahme ist gerechtfertigt bei engem Anschluß an nennenswerte Einwirkungen, die geeignet erscheinen, auch ohne stärkere Disposition Erkrankung zu zeitigen.

Die Rente ist möglichst niedrig zu bemessen. Verstümmelungszulage ist jedenfalls abzulehnen.

An die Stelle der Dauerrenten hätte am besten zwangsmäßige Kapitalabfindung zu treten. Gewisse andere Vorschläge (*Schlayer*) sind von zweifelhaftem Wert.

Aussprache. — *Richter*-Stettin: D. B. wird nicht allein von Ärzten entschieden, sondern von Arzt und Truppenteil. Gem. Z. 118 D. A. Mdf. liegt die letzte Entscheidung beim Kriegsministerium. Die Frage ist eben nicht nur eine wissenschaftliche, sondern auch eine soziale, wie in dem Artikel des Generalleutnants Freiherrn *v. Langermann* im „Tag" ausgeführt ist. Sie ist sehr wohlwollend zu beantworten. Z. 151 D. A. Mdf. gibt den Anhalt. Natürlich ist dafür der Nachweis der Feldzugsteilnahme maßgebend; nicht nur die Zugehörigkeit zum Heere. Ein bestimmtes fachärztliches Urteil ist für die Beweisführung von großer Bedeutung. Aber die heutige Auffassung und die Beurteilung der Erfolge sind neu und überraschend, sie müssen noch mehr Allgemeingut der Ärzte und des Publikums werden.



Werner-Stettin: Ich muß mich entschieden gegen den in den Leitsätzen ausgesprochenen Grundsatz wenden: „Nach Beseitigung der Erscheinungen ist D. B. nicht mehr anzunehmen".

Hat ein Mann einmal eine Dienstbeschädigung erlitten, und ist diese auf dem vorgeschriebenen dienstlichen Wege als solche anerkannt, so kann sie nicht gewissermaßen wieder ausgestrichen werden, wenn die Krankheitserscheinungen geschwunden sind.

Dafür nur ein Beispiel: Eine Kavallerieabteilung erhält den Befehl, über einen zugefrorenen Fluß zu reiten. Ein Mann bricht durch das Eis, wird mit Mühe aus dem eiskalten Wasser gerettet und erkrankt unmittelbar im Anschluß an den Unfall an Lungenentzündung. Daß es sich hier um eine Dienstbeschädigung handelt, liegt klar auf der Hand.

Die Lungenentzündung heilt, ohne zunächst erkennbare Folgen zu hinterlassen, und der Mann tut wieder allen Dienst.

Nach den Anschauungen *Vorkastners* dürfte auch in diesem Falle, da ja die Erscheinungen geschwunden sind, D. B. nicht mehr angenommen werden.

Das ist aber unmöglich, denn die Tatsache, daß der Mann sich seine Lungenentzündung durch den Dienstunfall zugezogen hat, ist zweifelsfrei festgestellt. Nach Ziffer 96 d. D. A. Mdf. gelten als Dienstbeschädigungen „Gesundheitsstörungen, welche infolge einer Dienstverrichtung oder durch einen Unfall während der Ausübung des Dienstes eingetreten oder durch die dem Militärdienst eigentümlichen Verhältnisse verursacht oder verschlimmert sind."

Daß die Heilung solcher Gesundheitsstörungen die Tatsache der erlittenen Dienstbeschädigung aufhebt, ist nirgends gesagt.

Sind die infolge der Dienstbeschädigung eingetretenen Gesundheitsstörungen beseitigt, ist keine Erwerbsbeeinträchtigung infolge der Dienstbeschädigung eingetreten, so ruht gewissermaßen die Dienstbeschädigung. Sie lebt aber sofort wieder auf, wenn später Folgen der erlittenen Gesundheitsschädigung eintreten; so z. B. in dem vorher als Beispiel angezogenen Falle, wenn sich später an die Lungenentzündung, die infolge des Einbruches durch das Eis entstanden ist, eine Tuberkulose anschließt, für die allein die im Anschluß an die Lungenentzündung verbliebene Schwächung des Lungengewebes verantwortlich gemacht werden könnte. In einem solchen Falle würde zweifellos Dienstbeschädigung anerkannt werden müssen und als Ursache der Erkrankung an Tuberkulose der Einbruch durch das Eis beim dienstlichen Überschreiten des Flusses angenommen werden.

Selbstverständlich wird — wie ich schon in meinen Bemerkungen zum Vortrage *Schröders* betonte — in jedem Falle solcher behaupteten Spätfolgen — so auch bei Rückfällen nervöser Leiden — eingehend geprüft, ob die Spätfolge bzw. der Rückfall tatsächlich auf die seinerzeit erlittene Dienstbeschädigung zurückgeführt werden muß, und ob nicht andere,



nicht mit der Dienstbeschädigung zusammenhängende Ursachen in Frage kommen.

Deutsch-Treptow a. R.: Es gab bis vor kurzem tatsächlich Bestimmungen in der D. A. Mdf., auf die sich *Vorkastner* mit seiner Auffassung Dienstbeschädigung = Beschädigung durch den Dienst, wofern sie so hochgradig ist, daß sie zu Rentenansprüchen führt, berufen konnte, nämlich Abschnitt 100 und 150. Beide Bestimmungen sind kürzlich derart abgeändert worden, daß die Einschränkungen des Begriffs Dienstbeschädigung fortfallen, ein Beweis, daß die Militärbehörde jetzt ganz allgemein entsprechend den Abschnitten 87 und folgenden der D. A. M.df. unter Dienstbeschädigung Beschädigung durch den Dienst versteht, ganz gleichgültig, ob die Beschädigung zu praktischen Folgen führt oder nicht. Die von *Vorkastner* angeführte Entscheidung des Kriegsministeriums, wonach Dienstbeschädigung nicht vorliegt, wenn es sich um eine „ihrer Natur nach vorübergehende Reaktion auf ungewohnte äußere Einflüsse" handelt, habe auch ich bei der Ablehnung von Dienstbeschädigung bei leichten Psychopathen mehrfach angezogen. Meine Nachforschungen nach dem Datum der Verfügung waren gleichfalls erfolglos. Ob ihre Anwendung in den D. U.-Zeugnissen beanstandet worden ist, ist mir nicht bekannt geworden.

Schnitzer-Stettin begrüßt es, daß *Vorkastner* in seinen Ausführungen die therapeutischen Bestrebungen besonders berücksichtigt hat. Je erfolgreicher diese sind, desto geringer wird die Bedeutung der Dienstbeschädigungsfrage. *Vorkastner* rühmte die glänzenden Ergebnisse der Neurotikerbehandlung im Bereiche des 14. Armeekorps, wo auf die Arbeitstherapie ein besonderer Wert gelegt wird. Hierzu wird bemerkt, daß auch in der Lazarettabteilung Kückenmühle seit langem die Beschäftigungstherapie bei den Kriegsneurotikern geübt wird. Sie werden in der Regel mit landwirtschaftlichen Arbeiten beschäftigt und erhalten dafür eine ihren Leistungen entsprechende Entlohnung.

Neißer-Stettin: Wir haben gehört, daß bei den Kriegsneurotikern die Kapitalsabfindung bisher so gut wie gar nicht in Betracht gekommen ist. Wir wollen uns aber in Erinnerung rufen, daß die guten Erfolge der Kapitalsabfindung in der Schweiz und anderswo gerade an den Neurotikern gewonnen wurden. Ich glaube, wir dürfen annehmen, daß unsere Kriegsneurotiker, die als „nicht geheilt" mit einer noch so geringen Rente entlassen werden mußten, sich in Zukunft nicht anders verhalten werden als die Friedensfälle, die wir damals als „traumatische Neurosen" bezeichnet haben; sie werden ebenso unheilbar sein. Deswegen bin ich der Meinung, daß es sehr wohl erwünscht ist, unser Augenmerk auf diese Fälle zu richten und für die erste Nachuntersuchung dieser Patienten den Untersuchern gewisse Weisungen zu erteilen; sie müßten nach meiner Meinung dahin gehen, daß, soweit nicht Wiederaufnahme des Heilverfahrens aussichtsvoll



erscheint, die Kapitalabfindung rechtzeitig auch diesen Patienten zugänglich zu machen ist.

Richter-Stettin: Die Kapitalabfindung setzt die Feststellung von Dauerrenten voraus.

Vorkastner hebt im Schlußwort hervor, daß er von *Werner* und *Richter* mißverstanden sei. Der angefochtene Leitsatz lautet nicht dahin, daß nach Beseitigung der Störungen D. B. nicht anzunehmen sei, sondern nicht mehr. Eine abgelaufene D. B. kann sehr wohl angenommen werden. Die Annahme einer laufenden D. B. (im Sinne einer durch den Dienst erzeugten residuären Disposition zu deuten) könnte eine unerwünschte Wirkung auf die Beurteilung etwaiger Rückfälle haben, bei denen im Hinblick auf die Bedeutung von Begehrungsvorstellungen und der von Haus aus gegebenen Konstitution ganz allgemein eine ablehnende Haltung in der Entschädigungsfrage am Platze sein wird.

Auf andere Diskussionsbemerkungen konnte der Kürze der Zeit halber nicht mehr eingegangen werden.

Deutsch-Treptow a. R.: Ein kleiner Kunstgriff bei der Behandlung von Dysbasien.

Bei der Behandlung militärischer Rentenempfänger mit Dysbasien, die nur zur Begutachtung in das Lazarett aufgenommen waren, und die sich schmerzhafte Behandlung nach *Kauffmann* nicht hätten gefallen lassen, hat sich folgender kleiner Kunstgriff bewährt: „Zur Vertiefung" der gewöhnlich beschleunigten und oberflächlichen Atmung wird den Leuten bei Gehübungen zwischen den Rücken und die nach hinten zurückgebrachten Arme ein Stock geschoben. Einmal können sie nun an den Enden des Stockes geführt und geschleppt werden, auch im Laufschritt, dann aber müssen sie, da sie einen Fall durch Vorstrecken der unbehilflich gemachten Hände nicht abmildern können, das Fallen vermeiden. Es ist geradezu auffallend, wie derselbe Mensch, der soeben von zwei Mann mühsam angehoben werden mußte, jetzt mit dem Stock im Rücken auf einmal, wenn auch scheinbar nur mit Mühe und taumelnd, sich auf den Beinen halten kann, sogar dann, wenn ein tüchtiger Druck auf beide Enden des Stockes ausgeübt wird. Besonders bei Steigübungen auf der Treppe, wo ein Fall noch unangenehmer wirken würde als auf ebener Erde, trat der Nutzen des Kunstgriffes zutage. Es ist wichtig, von vornherein bei den Gehübungen einen Zug nach oben zu vermeiden und den Druck nach unten auszuüben. Natürlich dauert die Behandlung, bis voller Erfolg eintritt und alle Mätzchen verschwunden sind, sehr viel länger als das *Kauffmann*sche Verfahren. Es ist mit seiner Hilfe z. B. gelungen, einen Kranken, der seit vielen Jahren an einer leichten Unfallneurose litt, der trotzdem eingezogen Ende 1914 beim Anspringen an den Querbaum auf den Rücken fiel, bei dem sich nun eine Unfallneurose mit schwerster Ver-



stimmung und Grämlichkeit und mit schwersten Gehstörungen entwickelt hatte, für die er bereits über Jahresfrist 100 % Rente bezogen hatte, und der nach Beantragung der Verstümmelungszulage zur Begutachtung mir zugeschickt worden war, ohne Anwendung anderer Mittel wieder völlig erwerbsfähig zu machen.

O. Meyer-Stettin: Demonstration einiger seltener Präparate von Hirntumoren und Erkrankungen der Hypophysengegend.

1. Teratom der Zirbeldrüse bei einem 11jährigen Knaben mit Zeichen pathologischer Frühreife. — Krankengeschichte: Der Knabe, der stets gesund gewesen ist und abgesehen davon, daß er in der Schule etwas schwer gelernt hat, keine psychischen Anomalien dargeboten hat, erkrankt 9 Wochen vor seinem Tode ziemlich plötzlich mit Kopfschmerzen und Erbrechen. Gleichzeitig wird beobachtet, daß er seitdem schlecht hört und sieht. Die Sehstörung entwickelt sich in den nächsten Wochen bis zu vollständiger Amaurosis. Einige Tage vor seinem Tode treten Krampfanfälle auf, und seitdem ist der Knabe zeitweise benommen, und sein Allgemeinbefinden verschlechtert sich zusehends. Wassermann im Blut ist negativ. Ventrikelpunktionen ergeben klaren Liquor bds., der sich unter starkem Druck entleert. Ebenso ergibt die Lumbalpunktion stark erhöhten Druck und klaren Liquor. Der Tod erfolgt unter zunehmender Benommenheit am 7. 12. 1917.

Die am 8. 12. 1917 vorgenommene Sektion ergab folgenden Befund: 1,42 m lange, männliche Leiche. Hautfarbe blaßgrau. Ernährungszustand stark reduziert. Stark entwickelte Scham- und Achselhaare. Kopf: weiche Kopfbedeckungen intakt. Schädeldach symmetrisch, dunkelrot, durchscheinend, 2—4 mm dick. Dura deutlich gespannt. Im Sinus longitudinalis flüssiges Blut und Kruorgerinnsel. Weiche Häute überall zart und durchscheinend. Innenfläche der Dura trocken. In der Dura und im Schädeldach mehrere Punktionsstellen. Die Gyri sind stark abgeflacht. Gefäße stark bluthaltig, Gefäße an der Basis zartwandig. Ventrikel stark erweitert, enthalten klaren Liquor, Ependym glatt und glänzend. Der Balken ist im hinteren Teil stark nach oben vorgewölbt. Das Foramen Monroi läßt sich noch gut erkennen und eröffnen. Nach Zurückklappen des Fornix und des Balkens ist der vordere Teil des 3. Ventrikels stark erweitert, in denselben hinein wölbt sich ein aus mehreren bis kirschgroßen Knollen bestehender zystischer, weicher Tumor. Der Tumor ist mit dem Fornix und dem hinteren Teil des Balkens verwachsen. Bei vorsichtiger Präparation zeigt sich, daß derselbe sich unterhalb des Balkens fortsetzt bis auf das Kleinhirn, dessen oberer und vorderer Teil durch einen 4 cm breiten, bläulichroten, zystischen, durchschimmernden Tumor eingenommen wird. Das Gehirn wird zur Konservierung in *Jore*sche Lösung gelegt. Gewicht 1350 g. Hypophyse makroskopisch o. B. In den Sinus der Basis flüssiges Blut und Kruorgerinnsel. Nebenhöhlen der



Nase und Paukenhöhlen sind frei. Die Impressiones digitatae am Schädelgrunde treten sehr stark hervor.

Gehirn: Die nach Fixierung des Gehirns erfolgte Eröffnung des Ventrikels ergibt eine starke Erweiterung derselben. In den Ventrikeln klarer Liquor, das Ependym ist glatt und glänzend. Die Plexus chorioidei lassen sich zusammen mit dem Fornix leicht von dem Tumor lösen. Nach Zurückklappen dieser Gebilde wird der Tumor in ganzer Ausdehnung sichtbar. Auf den Tumor aufgepreßt finden sich die Venae cerebri int. und mit der Oberfläche des Tumors fest verwachsen der Stumpf der Vena magna Galeni. Diese Venen sind durch den Tumor stark komprimiert, enthalten jedoch flüssiges Blut, keinen Thrombus. Ein Sagittalschnitt durch den Tumor ergibt folgendes Bild. Der Tumor geht der Vierhügelplatte und dem Velum medullae ant. folgend in den Wurm des Kleinhirns hinein und erstreckt sich in das Kleinhirn bis ungefähr zur Höhe des Foramen Magendi. Das Dach des Aquäduktes und des 4. Ventrikels ist zum Teil von Tumorgeweben durchsetzt und höckerig vorgewölbt, das Ependym ist aber noch erhalten. Der Aquädukt ist durch den Tumor zu einem schmalen Spalt komprimiert, desgleichen der 4. Ventrikel. Auf dem Durchschnitt zeigt derTumor eine große Anzahl glattwandiger Zysten, die erbsen- bis kirschgroß sind und zum Teil mit geronnenem Blut, zum Teil mit seröser Flüssigkeit, zum Teil mit gelblichen Gallertmassen ausgefüllt sind. Zwischen den Zysten finden sich noch breite Stränge von solidem Gewebe, die grauglasig bis rötlich gefärbt sind. Die größte Zyste liegt am distalen Ende des Tumors, hat einen Durchmesser von 2 cm und ist mit frischem, geronnenem Blut gefüllt. Das noch erhaltene Kleinhirn ist in der Gegend des Tumors konzentrisch abgeplattet. Der Tumor ist ziemlich scharf von dem Gewebe des Kleinhirns abgesetzt. Von einer Zirbeldrüse ist nichts mehr zu erkennen.

Mikroskopischer Befund: Das Stroma der Geschwulst besteht zum größten Teil aus einem derben, faserigen Bindegewebe, das jedoch durch seinen Kernreichtum, geringe Neigung zu Hyalinisierung charakterisiert ist. In das Bindegewebe eingesprengt finden sich vielfach Bündel glatter Muskelfasern. An vielen Stellen ist das Bindegewebe aufgelockert und nimmt schleimigen Charakter an, die Zellen haben Sternform usw. Ferner finden sich Knorpelinseln in das Bindegewebe eingesprengt, und zwar so, daß sich der Übergang vom Bindegewebe in Knorpel vielfach ohne scharfe Grenze vollzieht. Die Grundsubstanz des Knorpels ist hyalin, die Zellen sind ziemlich klein, von länglicher Gestalt, vielfach an den Polen in dünne Fortsätze ausgezogen. In dem Protoplasma der Knorpelzellen finden sich bei gewöhnlicher Färbung zahlreiche helle, stark lichtbrechende und scharf begrenzte, vakuolenähnliche Gebilde. Zellsäulen sind nicht vorhanden, vielmehr liegen die Zellen sämtlich einzeln in der Grundsubstanz; auch Kapselbildungen sind nicht vorhanden. Die Knorpelsubstanz findet sich im allgemeinen in Form kleiner Inseln, zum Teil haben



dieselben jedoch auch ziemlich beträchtlichen Umfang. Neben den Knorpelinseln finden sich zahlreiche Plattenepithelkugeln. An vielen derselben sind im Zentrum ausgesprochene Hornlamellen vorhanden. Außerdem finden sich drüsenartige Gebilde mit hohem, einschichtigem Zylinderepithel, das einen deutlichen Kutikularsaum erkennen läßt. Ferner Drüsenschläuche mit mehrschichtigem Zylinderepithel, das flimmerähnliche Gebilde an der Oberfläche aufweist und papillenähnliche Vorsprünge bildet. Einige dieser drüsenähnlichen Gebilde haben auf der einen Seite geschichtetes Platten-, auf der andern Seite geschichtetes Zylinderepithel. Beide Epithelarten gehen ohne scharfe Grenze ineinander über. Sowohl innerhalb des mehr- wie einschichtigen Epithels sind an mehreren Stellen deutliche Becherzellen vorhanden.

Schnitte durch den durchbluteten Bezirk des Tumors ergeben außer frischen Blutungen — die roten Blutkörperchen füllen zum Teil zystenähnliche Hohlräume vollständig aus und sind zum Teil gut erhalten — keine besonderen Veränderungen. Insbesondere finden sich keine chorionepitheliomähnlichen Bildungen. Nach diesem Befund ist mit absoluter Sicherheit erwiesen, daß die vorliegende Geschwulst ein Teratom ist, und zwar ein Teratom von embryonalem Typus.

Nach der Lage der Geschwulst kann es ebenfalls als erwiesen gelten, daß die Geschwulst ihren Ursprung von der Zirbeldrüsenanlage genommen hat. Weiteren Untersuchungen muß es vorbehalten bleiben, zu entscheiden, ob normales Zirbeldrüsengewebe innerhalb der Geschwulst noch vorhanden ist. Zirbeldrüsengeschwülste sind sehr selten. Nach der neuesten Zusammenstellung von *Goldzieher* 1913 sind bisher im ganzen 33 Fälle von Zirbeldrüsengeschwülsten veröffentlicht. Von diesen 33 veröffentlichten Tumoren sind 20 histologisch verwertbar. Unter diesen 20 Fällen sind 5 als Teratom und 1 als Chorionepitheliom festgestellt worden. Dazu kommt noch ein von *Askanazy* in einer Anmerkung erwähnter Fall, so daß im ganzen, das Chorionepitheliom eingeschlossen, 7 Fälle von Zirbeldrüsenteratomen bekannt sind, denen sich mein Fall als 8. Fall hinzugesellen würde. Außer in der Zirbeldrüse ist bisher im Gehirn nur zweimal ein Teratom in den Ventrikeln und ein Teratom des Plexus chorioideus festgestellt worden. Man kann also mit Recht der Zirbeldrüsengegend eine besondere Veranlagung zur Bildung von Teratomen innerhalb des Gehirns zuerkennen. Von *Askanazy* werden die verschiedenen Gründe, die als Erklärung für diese Veranlagung herangezogen werden können (mediane Lage des Organes, vergleichende Entwicklungegeschichte, nach welcher die Zirbeldrüse als rudimentäres Parietalauge aufzufassen ist usw.) ausführlich erörtert. Ich schließe mich der Ansicht *Askanazys* an, daß eine befriedigende Erklärung für die Lokalisation der vorliegenden, ebenso wie der meisten an andern Stellen des Körpers zur Beobachtung gelangten Teratome auf diesem Wege nicht gegeben werden kann, daß uns also die



Ursachen für die Lokalisation der Teratome vorläufig unbekannt bleiben müssen. Für die Entstehung der Teratome an und für sich halte ich mit den meisten andern Autoren die Blastomerentheorie für die am besten begründete, nehme also auch für das vorliegende Zirbelteratom an, daß dasselbe seinen Ursprung einer embryonal verlagerten, fast einwertigen Zelle verdankt. Was den Zeitpunkt der Entwicklung anbetrifft, so spricht der jugendliche Charakter des Gewebes, aus dem sich unser Teratom zusammensetzt, ebenso wie der Umstand, daß Zeichen regressiver Metamorphose fehlen, dafür, daß das Teratom sich erst im Laufe der letzten Monate entwickelt hat und nicht bereits bei der Geburt vorhanden war. Die Erklärung der klinischen Symptome bereitet keine Schwierigkeiten, insbesondere sind die Sehstörungen einwandfrei erklärt durch den Druck der Geschwulst auf den Aquaeductus Sylvii mit sekundärem Hydrocephalus internus.

Auffällig ist nun, worauf schon *Askanazy* aufmerksam macht, daß sämtliche bisher beschriebenen Zirbeldrüsentumoren bei jugendlichen männlichen Individuen beobachtet sind. Eine Erklärung dafür vermag ich nicht zu geben. Immerhin scheint mir dieser Umstand für besondere innersekretorische Beziehungen zwischen Teratomanlage und Zirbeldrüse einerseits und männlichen Keimdrüsen andrerseits zu sprechen. Die interessantesten Begleitsymptome meines Falles sind ferner die Zeichen der Frühreife: vollentwickelte Schamhaare, starke Behaarung der Achselhöhlen bei dem erst 11jährigen Knaben und seine etwas über die Norm hinausgehende Körpergröße (eine mikroskopische Untersuchung der Testes ist leider unterblieben).

Unter den bisher bekannten Fällen von sicheren Zirbeldrüsenteratomen ist das Symptom der Frühreife einmal von *Gutzeit* und einmal von *Ogle* erwähnt. Beide Fälle betrafen einen 7¾jährigen und 6jährigen Knaben. Dazu würde mein Fall kommen, der einen 11jährigen Knaben betrifft, und noch ein Fall von *Östreich* und *Slawyk*, bei einem 4jährigen Knaben, bei dem jedoch die Teratomnatur der Zirbeldrüsengeschwulst nicht ganz einwandfrei erwiesen ist. Diesen 4 Fällen von Zirbeldrüsenteratomen mit dem Symptom der pathologischen Frühreife stehen demnach 4 Fälle von Zirbeldrüsenteratomen gegenüber, bei denen von einer pathologischen Frühreife nichts erwähnt ist. Wenn man jedoch berücksichtigt, daß sich diese letzteren Fälle auf folgende Lebensjahre verteilen: 12, 14, 16, 27, daß also sämtliche, mit Ausnahme eines Falles, in ein Lebensalter fallen, in dem die Feststellung einer pathologischen Frühreife mindestens schon sehr schwierig ist, so wird man versucht sein, das Zusammentreffen von Zirbeldrüsenteratomen und pathologischer Frühreife direkt als Regel anzusprechen.

Es erhebt sich nun die Frage, ist die pathologische Frühreife in diesen Fällen durch den Sitz des Tumors in der Zirbeldrüse bedingt oder durch die Art desselben, d. h. durch seine innere Zusammensetzung?





1. Abb. Anomalie der Sella turcica. Beschreibung S. 526.

Askanazy glaubt diese Frage zugunsten der letzteren Annahme entscheiden zu müssen, und zwar aus folgenden Gründen:

Erstens fehle bisher der Beweis dafür, daß andere Tumoren der Zirbeldrüse als Teratome mit pathologischer Frühreife vergesellschaftet seien.

Zweitens wäre ein von *Sacchi* beschriebener Fall (Hodentumor bei einem 9 ½jährigen Knaben) bekannt, bei dem die Erscheinungen der Frühreife in ganz ausgesprochenem Maße vorhanden waren und nach Entfernung der Tumoren zum Teil wieder zurückgegangen seien.

Askanazy ist also der Ansicht, daß die wesentlichste Vorbedingung der pathologischen Frühreife die innere Zusammensetzung der Geschwülste und zwar ihr Charakter eines sogenannten embryonalen Teratoms sei, und daß die Entwicklung derartiger Geschwülste im extrauterinen Leben gleichzusetzen sei einer frühzeitigen Schwangerschaft, die bekanntlich ebenfalls in der Regel eine vorzeitige Reife zur Folge hat.

So bestechend dieser Gedanke ist, so kann ich doch einige Bedenken vorläufig nicht unterdrücken.

Einmal ist der Beweis im Falle von *Sacchi*, daß hier ein embryonales Teratom vorgelegen hat, nicht erbracht. *S.* selbst faßt seinen Tumor als Karzinom auf, und wenn auch zugegeben werden kann, daß diese Diagnose auf mangelhafter histologischer Untersuchung beruhen kann und bei dem Alter des betreffenden Knaben die Annahme einer dysontogenetischen Entstehung der Geschwulst naheliegt, so fehlt doch der sichere Nachweis, daß hier ein embryonales Teratom vorhanden gewesen ist.

Andrerseits muß darauf hingewiesen werden, daß teratoide Geschwülste in den verschiedensten Körpergegenden in jugendlichem Alter doch ziemlich häufig beobachtet worden sind, ohne daß bisher die Erscheinungen der pathologischen Frühreife dabei beschrieben sind. Demgegenüber steht die Tatsache, daß dieses Symptom bei den Zirbeldrüsenteratomen geradezu die Regel zu sein scheint.

Aus diesem Grunde vermag ich die *Askanazy*sche Theorie in ihrem vollen Umfange vorläufig nicht zu akzeptieren. Ich halte es jedenfalls nicht für berechtigt, der Lokalisation des vorliegenden Teratoms jede Bedeutung für die Ursache der pathologischen Frühreife abzusprechen. Das scheint mir um so weniger begründet, wenn man sich die Tatsache vergegenwärtigt, daß sämtliche Zirbeldrüsenteratome bisher bei jugendlichen männlichen Individuen beobachtet sind, daß also offenbar ein innerer Zusammenhang, wie ich oben bereits hervorhob, zwischen Zirbeldrüse und Zirbeldrüsenteratom einerseits und männlichen Keimdrüsen andrerseits besteht. Dabei liegt es mir fern, die Bedeutung des teratoiden Charakters der Geschwülste für das Symptom der Frühreife abzustreiten und das Gewicht der von *Askanazy* hierfür ins Feld geführten Gründe zu verkennen. Ich möchte *Askanazy* vielmehr so weit folgen, daß ich mit ihm



annehme, daß der teratoide Charakter der Geschwülste Vorbedingung für die Entwicklung einer pathologischen Frühreife ist. Dagegen weiche ich von *Askanazy* darin ab, daß ich den teratoiden Charakter einer Geschwulst an und für sich nicht für hinreichend halte, daß daraus die Entwicklung einer pathologischen Frühreife in geeigneten Fällen resultiert. Vielmehr messe ich auf Grund des bisher vorliegenden Tatsachenmaterials der Lokalisation der Teratome dabei eine ausschlaggebende Rolle zu. Bei dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse wäre es ein müßiges Unterfangen, Erwägungen darüber anzustellen, wie im konkreten Falle dieser Zusammenhang zu denken ist. Ich begnüge mich damit, darauf hinzuweisen, daß einmal außer bei einer Hodengeschwulst von mutmaßlichem teratoiden Charakter bisher nur bei Zirbeldrüsenteratomen die Entwicklung einer pathologischen Frühreife beobachtet worden ist, und daß andrerseits die Tatsache, daß Zirbeldrüsenteratome bisher ausschließlich bei jugendlichen männlichen Individuen beobachtet worden sind, auf nahe Beziehung — wahrscheinlich hormotischer Natur — zwischen Zirbeldrüse und Zirbeldrüsenteratom einerseits, der männlichen Keimdrüse und sekundären Geschlechtscharakteren andrerseits hinweist.

2. Demonstration von 3 Präparaten sogenannter pialer bzw. duraler Dermoide. — Die ausführliche Beschreibung dieser Präparate erfolgt an anderer Stelle.

3. Demonstration eines Schädelbasispräparates mit Anomalie der Sella turcica. Das Präparat, dessen Abbildung beigefügt ist, hat ein besonderes praktisches Interesse. In diesem Falle — es handelt sich um einen 33 Jahre alten Kraftfahrer, der ein faustgroßes Duraendotheliom in der Stirngegend hatte — war nämlich wegen fast vollständiger Amaurose, die durch Stauungspapille keine Erklärung fand, beim Fehlen anderer lokaler Symptome von seiten des Klinikers die mutmaßliche Diagnose auf Tumor der Hypophysengegend gestellt und dieselbe schließlich auf Grund des Röntgenbildes, das eine vollkommene Exkavation der Sella turcica unter besonderer Beteiligung des Dorsum sellae zeigte, erhärtet.

Die Sektion ergab den eben erwähnten Tumor in der Stirngegend und die aus der Abbildung zu ersehende Anomalie der Sella turcica, die im wesentlichen darin besteht, daß die ganze hintere Lehne der Sella mit den Processus clinoidei post. nur rudimentär entwickelt ist, und daß der Boden der Sella durch einen etwas über linsengroßen Knochendefekt mit der Keilbeinhöhle kommuniziert. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß hier eine kongenitale Knochenanomalie vorliegt. Für den Praktiker und insbesondere den Neurologen und Röntgenologen ist es sicher von Wichtigkeit, Kenntnis von dem Vorkommen derartiger Anomalien, über deren Häufigkeit wohl erst noch Erfahrungen gesammelt werden müssen, zu haben.



4. Demonstration eines Schädelbasispräparates, das eine riesige durch Empyem erweiterte und gegen die Hirnbasis vorgebuchtete Keilbeinhöhle zeigt. Das Keilbeinempyem hat zu fast vollständigem Schwund der Hypophysis geführt und in vivo die klinischen Erscheinungen eines Hirntumors mit Dystrophia adiposo-genitalis gemacht (vgl. die beigefügte Abbildung).

Das Präparat hat folgende Geschichte:

Krankengeschichte: 49 Jahre alter Schneider, erkrankt im Juni 1917 an Schwindelanfällen, die plötzlich eintreten und mit Sehstörungen verbunden sind. Dabei Erbrechen und starkes Krankheitsgefühl. Kurz darauf Aufnahme ins Krankenhaus. Es findet sich doppelseitige Optikus-Atrophie und Abduzens-Lähmung. Pat. fällt sehr bald in einen schlafartigen Zustand, der tagelang anhält. Wassermann im Blut negativ, im Liquor schwach positiv. Röntgendurchleuchtung hat nicht stattgefunden. Tod erfolgt in tiefem, bewußtlosem Zustande, zwei Monate nach den ersten Erscheinungen.

Die Sektion ergab folgenden Befund (Auszug aus dem Sektionsprotokoll Nr. 458/17): Die Leiche des 49jährigen Mannes ist 1,45 m lang, von blasser Hautfarbe, mäßigem Ernährungszustande, das Fettpolster der Brust und der Bauchdecken hat eine durchschnittliche Dicke von 1,5 cm. Das Netz und Mesenterium ist ziemlich fettreich. Die Schamhaare sind auffallend spärlich. Sie reichen bis 5 cm oberhalb der Symphyse und hören dann auf. Die Achselhaare sind spärlich. An den Unterarmen und Unterschenkeln sind keine Haare vorhanden.

Kopf: Schädeldach 2—5 mm dick, blaßgraurot durchscheinend, symmetrisch. Dura gespannt. Ihre Gefäße sind mäßig stark gefüllt. Im Sinus longitudinalis einige Tropfen flüssigen Blutes. Innenfläche der Dura glatt, glänzend, etwas trocken. Die Gyri sind stark abgeflacht, die Gefäße stark gefüllt. Die weichen Häute an der Konvexität sind zart und durchscheinend, nur stellenweise in der Umgebung der größeren Gefäße leicht getrübt. Bei der Herausnahme des Gehirns findet sich die Gegend der Sella turcica verbreitert. Von der Sella aus wölbt sich ein etwa 3 cm im Durchmesser betragender Sack hervor, der breitbasig von der Schädelbasis ausgeht und scheinbar aus den nach oben gedrängten Teilen der Dura mater, welche die Sella turcica überzieht, besteht. Der Sack ist breit mit der Hirnbasis verwachsen. Bei der Herausnahme des Gehirns reißt er ein, und es entleert sich aus ihm reichlich gelblichgrüner Eiter. Die beiden Nervi optici ziehen zu beiden Seiten des Sackes vorbei und sind dabei nach vorn und seitlich abgedrängt und abgeplattet. Besonders der r. Nervus opticus ist schon mit bloßem Auge als atrophisch gegenüber dem linken wahrzunehmen. In unmittelbarer Umgebung des Sackes sind die weichen Häute an der Hirnbasis mit gelblichem Exsudat durchsetzt.

Nach Herausnahme der Schädelbasis zeigt sich, daß der Sack seinen



Ausgang nimmt von der Keilbeinhöhle, die nur unten, vorn und hinten eine knöcherne Grenze hat, während der seitliche und obere Teil durch die verdickte Dura bzw. die verdickten Schleimhautreste gebildet wird. Die Tiefe der Höhle von der Kuppe des Sackes bis zur Basis beträgt 7 cm, die Breite der Höhle 4 cm. Die Höhle ist vollständig ausgefüllt mit gelblichgrünem, rahmigem Eiter. Eine Kommunikation der Höhle mit der Nase ist nicht nachzuweisen; dagegen fällt auf, daß die Schleimhaut der r. Nasenhöhle ödematös geschwollen ist und schmutzig braunrot verfärbt ist. Ebenso ist die Schleimhaut der r. Kieferhöhle etwas ödematös geschwollen und schmutzig verfärbt. Eiter ist in derselben bei der Herausnahme der Schädelbasis nicht vorhanden. Auf der Kuppe des Sackes, dem Infundibulum entsprechend, findet sich eine 1,5 cm im Durchmesser betragende, etwa 1—2 mm dicke, flache Gewebeschicht (Hypophysenrest?). Im übrigen ist von der Hypophyse nichts nachweisbar.

Die Ventrikel sind leicht erweitert. Das Ependym zeigt keine Granulationen. In den Ventrikeln klarer Liquor. Die Epiphyse ist etwas über erbsengroß und in eine Zyste umgewandelt, die mit klarem Inhalt gefüllt ist. Im übrigen ist die Hirnsubstanz von mäßiger Konsistenz, etwas ödematös, von erhöhtem Blutgehalt. Sonst lassen sich keine Veränderungen nachweisen. Medulla oblongata, Kleinhirn, Hirnstamm o. B. Gehirn: 1370 g.

Bakteriologische Untersuchung des Exsudats der Hirnbasis ergibt Staphylokokken.

Mikroskopischer Befund:

Hoden: Die Hodenkanälchen sind von einer dicken, konzentrischen Bindegewebsschicht umgeben. Das Epithel derselben besteht aus gleichartigen größeren Zellen, die keinerlei Differenzierung aufweisen. Es ist also keine Spermatogenese nachweisbar. Die Epithelien enthalten sehr reichlich Lipoid. Die Zwischenzellen sind sehr reichlich und enthalten stellenweise ebenfalls reichlich Lipoid.

Es ist mir nicht bekannt, ob ähnliche Beobachtungen bisher überhaupt existieren. Das Präparat ist für den Praktiker jedenfalls äußerst lehrreich, indem es einmal beweist, daß Keilbeinempyeme schwersten Grades verlaufen können ohne äußere Zeichen der Eiterung, und daß dieselben sich in geeigneten Fällen gegen die Hirnbasis zu entwickeln können. Man wird also bei Erkrankungen, die auf die Hypophysengegend hindeuten, auch eine Affektion der Keilbeinhöhle mit in den Bereich der Erwägungen einzubeziehen haben. Die Entwicklung des Empyms der vorliegenden Art wird man sich am leichtesten so vorstellen, daß dasselbe, durch einen mehr oder weniger großen knöchernen Defekt am Boden der Sella in der Art, wie das vorige Präparat es zeigt, begünstigt, sich einen Weg unter die Dura der Sella gebahnt hat. Daß der Prozeß der Eiterung sich über einen sehr langen Zeitraum erstreckt haben muß, zweifellos, ebenso wird man, ähnlich wie bei der Entwicklung von



Empyem und Hydrops in andern Höhlen des Körpers, annehmen müssen, daß ein rezidivierender, entzündlicher Prozeß vorgelegen hat, und daß erst dadurch der enorme Druck, der zu einer so starken Atrophie des Knochens und zu der enormen Vorbuchtung in die Schädelhöhle geführt hat, zustande gekommen ist.

Von hohem Interesse wäre es gewesen, festzustellen, ob in dem vorliegenden Falle überhaupt noch funktionsfähige Hypophysensubstanz vorhanden war. Leider ist das kleine Gewebestückchen, das als Hypophysenrest in Betracht gekommen wäre, durch ein Versehen für die mikroskopische Untersuchung verloren gegangen. Immerhin ist es sehr unwahrscheinlich nach dem makroskopischen Befunde, daß die Hypophyse noch für eine Funktion in Frage gekommen ist. Daraus würde sich der Schluß ziehen lassen, daß totaler Ausfall der Hypophyse (einschließlich des Hinterlappens und des Infundibularteils) eine Dystrophia adiposogenitalis zur Folge haben kann; denn die im Protokoll erwähnte Adipositas und Anomalien in der Behaarung wird man zusammen mit dem histologischen Befunde des Hodens wohl mit Recht im Sinne einer Dystrophia adiposo-genitalis deuten dürfen. Weitergehende Schlüsse aus diesem Falle zu ziehen, etwa in dem Sinne von *B. Fischer*, der eine Schädigung des Hinterlappens und Infundibularteils für die eigentliche Ursache der Dystrophia adiposo-genitalis hält, erscheint mir nicht zulässig.

P. Schröder-Greifswald: Über periodische Psychosen.

Die zunächst rein äußerliche Abgrenzung periodischer Psychosen gewinnt klinische Bedeutung erst durch die Feststellung, daß bei einem großen Teil der Fälle die Periodizität zum Wesen der Krankheit gehört, und daß es ganz bestimmte Krankheiten sind, welche periodisch verlaufen. Periodische Psychosen nach der Forderung von *Hitzig* (in bestimmten Zeiträumen regelmäßig, unabänderlich wiederkehrend, wie der Wandel der Gestirne, der Jahres- und Tageszeiten, wie Schlafen und Wachen oder die Menstruation) gibt es wahrscheinlich nicht; Fälle, welche solchen Verlauf zu haben scheinen, sind zufällige weitgehende Annäherungen an den Typ.

Die Verlaufsbetrachtung allein macht häufig die Unterscheidung periodischer von exazerbierenden Psychosen nicht möglich. Symptomatische Gleichartigkeit der einzelnen „Anfälle" gehört nicht zum Wesen der periodischen Psychosen.

Von der Möglichkeit, daß dieselbe Person wiederholt im Leben an gleichartigen oder verschiedenen Psychosen erkrankt, wissen wir Genaueres nur bei den exogenen; Beispiele dafür sind wiederholte Fieberpsychosen, wiederholte Alkoholdelirien oder Alkoholhalluzinosen usf. Periodisch nennen wir diese Psychosen nicht.

Ein sehr großer Teil der periodischen Psychosen gehört in das Gebiet der manisch-depressiven Erkrankungen. Nicht zulässig ist die Gleichsetzung von periodischen Psychosen mit manisch-depressivem Irresein.



Die Symptomatologie des manisch-depressiven Irreseins ist nicht erschöpft mit den sogenannten affektiven Symptomen und ihren Begleiterscheinungen bzw. den unmittelbar aus ihnen zu erklärenden Störungen. Atypische Fälle sind recht recht häufig, ganz ungewöhnliche nicht selten. *Kraepelins* Theorie der Mischzustände (manischer Stupor, erregte Depression usw.) ist ein Erklärungsversuch, welcher sich noch ganz in dem Rahmen der rein affektiven Symptome hält.

Bei leicht Manischen sind nicht selten zahlreiche systematisierte Wahnideen ohne Bewußtseinstrübung. *Specht* läßt die Paranoia in *Kraepelins* enger Fassung mit dem Prototyp des Querulantenwahns in der chronischen Manie aufgehen.

Andere Fälle, auch wieder namentlich von Manie, sind ausgezeichnet durch weitgehende Verworrenheit mit traumhafter Bewußtseinstrübung, phantastischen Erlebnissen und deliriösen Sinnestäuschungen. *Meynert* hat, seinen Gedankengängen entsprechend, in solchen Fällen an Komplikation mit Erschöpfungssymptomen gedacht. Was als periodische Amentia beschrieben worden ist, sind jedenfalls zum großen Teil derartige Fälle.

Wilmanns hat mit besonderem Nachdruck darauf hingewiesen, daß in den Verlaufsabschnitten des manisch-depressiven Irreseins nicht ganz selten diejenigen Erscheinungen vorhanden sind, welche wir in erster Linie als Symptome der jugendlichen Verblödungsprozesse anzusehen gewohnt sind, oft für die ganze Dauer des Anfalls, und zwar sowohl schwere katatonische Erscheinungen als auch Verschrobenheit, Manieren und Zerfahrenheit.

Bei der klinischen Einreihung von Fällen, welche als periodische Psychosen in Betracht kommen, ist vor allem zu bedenken, daß das manisch-depressive Irresein in seiner Symptomatologie eine recht erhebliche Spielbreite hat.

Das eigene, nach diesen Gesichtspunkten durchgesehene Material des Vortragenden (nur ganz sichere Fälle von manisch-depressivem Irresein mit Stimmungsschwankungen seit langen Jahren und voraufgegangenen typischen Manien und Melancholien, also nur ältere Leute mit gut bekannter Vorgeschichte) ergibt: an die Möglichkeit von Kombinationen muß gedacht werden; es wird ein Fall von manisch-depressivem Irresein mitgeteilt, bei welchem sich im 52. Jahre zu einer Melancholie eine symptomatische Psychose, anschließend an ein schweres, zum Tode führendes Lungenleiden (Gangrän), hinzugesellte. Komplikationen können unter Umständen die Abwandlungen von Manie und Melancholie im höheren Alter sein (Arteriosklerose, senile Erscheinungen).

Am leichtesten geben bei Manisch-Depressiven zu Fehldiagnosen Veranlassung sogenannte katatonische Erscheinungen in allen ihren Spiel-



arten: Stupor mit Mutazismus, Negativismus, Flexibilitas, Echosymptome, wochenlanges Versterktsein unter der Decke, Liegen mit abgehobenem Kopfe, wochenlanges Einnässen, läppisches, manieriertes Wesen usw.

Von „paranoischen" Symptomen werden im einzelnen angeführt: ausgesprochen retrospektive Fälschungen ganz nach Art der originären Paranoia bei einem Manischen in jedem seiner Anfälle. Häufig sind hartnäckig festgehaltene Personenverkennungen oder jedenfalls falsche Benennungen aller Personen der Umgebung. Eine besondere Gruppe bilden anscheinend Fälle mit spätem Beginn zwischen 30 und 40 Jahren oder noch später, die immer nur Manien bekommen, bei denen von Belastung nichts Sicheres nachzuweisen ist, und in deren Manien dann zahlreiche paranoische Ideen hervortreten.

Periodische Psychosen in diesem Sinne sind auch die psychotischen Zustände der Epileptiker.

Über periodische Psychosen, welche weder dem manisch-depressiven Irresein noch der Epilepsie zugehören, sind unsere Kenntnisse dürftiger. Zu Verwechslung können leicht Veranlassung geben Fälle von Jugendirresein mit schubweisem Verlauf. Andrerseits gibt es nichtepileptische, periodisch auftretende Zustände von schwer motorischem Gepräge, mit allen Zeichen der „Katatonie", die trotzdem der Dementia praecox nicht zugerechnet werden können; auch nach häufigen Wiederholungen treten nicht die Defektsymptome dieser Krankheit ein. Als Beispiel wird u. a. angeführt: Junge Frau, in 6 Jahren 12—14 Anfälle von anfangs 1—2 Tagen, später 1—2 Wochen Dauer. Plötzlicher Beginn. Jedesmal die gleiche schwere Hyperkinese: ständige wiegende, tänzelnde Bewegungen mit viel theatralischen Posen, stets das gleiche einförmige, lächelnde Gesicht, dauernd getragenes, rhythmisches, singendes Sprechen bis zur Heiserkeit, in das auch alle Antworten verwoben werden. Viel Echopraktisches. Dabei vollkommen orientiert, nachher gute Erinnerung, ausreichende Einsicht. In den Zwischenzeiten vollkommen gesund und arbeitsfähig, keine Wesensveränderungen.

Aussprache. — *Schnitzer*-Stettin fügt aus seiner Erfahrung den interessanten Ausführungen *Schröders* einen kleinen Beitrag hinzu. Er weist auf die manisch-depressiven Formen hin, die auf den angeborenen Schwachsinn aufgepfropft sind. Der Symptomenkomplex erhält durch diese Mischung eine ganz eigenartige Färbung. Das ganze Krankheitsbild erscheint wesentlich monotoner, die Affektbetonung sehr viel schwächer. Die manische Phase ist nur durch eine etwas stärkere Beweglichkeit und Schwatzen ausgezeichnet. Die motorische Unruhe, der exzessive Rededrang, die manischen Spielereien und Ideenflucht fehlen oder sind nur sehr schwach ausgeprägt, die depressive Phase tritt bei charakteristischem Gesichtsausdruck häufig in Form von Mutazismus und Stupor auf. Versündigungsideen, ängstliche Verstimmung fehlen meist gänzlich.



Schlesinger-Stettin: **Über nervöse Erscheinungen nach Bleischaden und sein Nachweis.**

Bereits im Jahre 1892 haben *Küster* und *Lewin*, später *Lewin* 1911 ein zweites Mal auf die Gefahren hingewiesen, die dem Organismus drohen nach Kugel- und Schrotschüssen. Damals drangen sie mit ihrer warnenden Stimme nicht durch. 1916 warnte *Lewin* von neuem in seiner Arbeit: „Die Gefahr der Vergiftung durch ganze oder zersplitterte, im Körper lagernde Geschosse", gleichgültig vorüberzugehen an Bleigeschossen, die im Körper stecken geblieben waren. Von nun an schenkte man diesen Fällen mehr Beachtung.

Ferner haben *Braatz* und *Ekponin* sowie *Dennig* und *Neu*, *Friedländer* (Hohemark) über diese Gefahr berichtet. Das war bis vor kurzem auch alles, was in der Literatur über diese Frage bekannt war.

Würden nach Steckschuß gelegentlich einmal deutliche Bleisymptome auftreten, dann wäre die Diagnose einfach. Wie aber verhält sich die große Anzahl von Steckschußträgern, bei denen niemals ein derartiges Symptom zu finden ist? Erst vor kurzem hat *E. Neißer*-Stettin über eine Reihe derartiger Fälle berichtet, bei denen auch nicht der geringste Anhaltspunkt für eine Bleivergiftung bestand, bei denen es aber doch kurz nach Steckschuß zu einer Gesundheitsschädigung gekommen war, die als intermittierende Neurose und Neuralgie in die Erscheinung trat. *Neißer* bezeichnete diese Gesundheitsschädigung sehr treffend mit dem Namen „Bleischaden". Im Vordergrund seiner Fälle standen neurasthenische Beschwerden. Die Diagnose „Bleischaden" wurde durch *Neißer* gesichert durch Nachweis des Bleis im Urin mittels der *Lewin*schen Methode. Seit dieser ersten Beobachtung durch *Neißer* haben wir noch mehrfach Gelegenheit gehabt, unser Augenmerk auf solche Fälle zu richten. Wir untersuchten eine Anzahl von Leuten mit Steckschüssen, die an neurasthenischen Beschwerden litten. Gleichmäßig klagten diese Kranken über Kopfschmerzen, über nervöse Unruhe, vielfach auch über Schmerzhaftigkeit verschiedener Körpergegenden mit Druckschmerzhaftigkeit der großen Nervenstämme oder deren Austrittstelle. Man hat diese Kranken vielfach als Neurastheniker oder Neurotiker aufgefaßt. Es lag ja schließlich auch nichts ferner als der Gedanke eines Bleischadens. Kein einziges Bleisymptom: weder Bleisaum noch punktierte Erythrozyten, noch Obstipation, noch Hämatoporphyrinurie. Die im Urin angestellten Untersuchungen auf Blei fielen zum Teil zweifelhaft, des öfteren sogar negativ aus. Wo der positive Nachweis von Blei im Urin nicht gelang, mußte man hier den Gedanken des Bleischadens aufgeben, oder gab es noch andere Möglichkeiten, den Bleinachweis zu führen? Es liegt also nahe, daran zu denken, das Blei da zu suchen, wo es Gelegenheit hat, gespeichert zu werden, in den Körpersäften selbst, und hier wieder schien mir die **Lumbalflüssigkeit** am geeignetsten wegen der naheliegenden Beziehungen der neurasthenischen Beschwerden zur Hirnsubstanz. Tatsächlich hatten diese



Untersuchungen ein überraschendes Resultat. Es gelang tatsächlich der analytische Nachweis von Blei im Liquor, wobei wir die *Lewin*sche Probe nur als orientierende Vorprobe betrachteten.

Bericht über zwei Fälle, darunter ein sehr charakteristischer Fall. Ein 73 Jahre alter Herr kommt wegen Rückenschmerzen ins Krankenhaus. Wegen Verdacht auf Nierensteine werden die Nieren geröntgent. Steine fanden sich nicht, dagegen wurde als Zufallsbefund in der linken Niere eine Revolverkugel entdeckt. Seit 25 Jahren trug Pat. dieselbe mit sich herum. Untersuchung auf Blei ergab im Urin nach Analyse und der *Lewin*schen Methode ein schwach positives Resultat, dagegen wurden in 20 ccm Liquor lumbalis 6 mg Blei gefunden. Trotz der Meinung, daß, wenn Pat. seit 25 Jahren täglich diese Menge ausgeschieden hätte, von der Kugel nichts mehr hätte übrig sein dürfen, fand sich diese im Röntgenbilde tadellos erhalten. Schlußfolgerung: Steckschußträger mit nervösen Beschwerden nicht als Neurastheniker oder Neurotiker abzutun, auch wenn im Urin kein Blei gefunden wird, sondern die Diagnose „Bleischaden" nach Steckschuß durch Untersuchung der Lumbalflüssigkeit auf Blei eventuell zu sichern. In den meisten Fällen wird dann dieser Nachweis gelingen.

Vorkastner-Stettin: Über Nyktostereotypismen.

An der Hand eines Falles wird auf eigenartige Vorkommnisse aufmerksam gemacht, die in der Neurologie wenig bekannt sind. Mehr in der Kinderheilkunde. Es handelt sich um eine Affektion des Kindesalters, die nur selten — wie im vorliegenden Fall — in das Erwachsenenalter hineinzuragen scheint.

Der Pat. bietet nicht viel die Demonstration Lohnendes. Seine Anwesenheit kann höchstens zeigen, daß er für gewöhnlich frei von Auffälligkeiten ist. Das Phänomen, um das es sich handelt, tritt nur zeitweilig auf und zwar lediglich im Schlaf. Sobald der Pat. einschläft, beginnt er eine Reihe eigenartiger Bewegungen auszuführen. Diese Bewegungen sind durch folgende Eigenschaften charakterisiert:

1. Es sind koordinierte, aber relativ einfache Bewegungen: Vorwärts- und Rückwärtsbewegungen des Rumpfes, Seitwärtsbewegungen des Kopfes nach links und nach rechts, Streck- und Beugebewegungen in den Kniegelenken, schließlich stimmliche Bewegungen: Pat. stößt ein summendes oder brummendes Geräusch aus.

2. Die Bewegungen sind außerordentlich einförmig. Es sind immer wieder genau die gleichen Bewegungen, die entgegentreten. Die Einförmigkeit wird noch dadurch erhöht, daß immer Rumpfbewegungen, Kopfbewegungen und das Summen synchron erfolgen, so daß, abgesehen von noch zu erwähnenden Bewegungserscheinungen, nur diese Bewegungstrias mit den Beinbewegungen abwechselt.

3. Die Bewegungen zeigen eine ausgesprochene Neigung zu rhyth-



mischer Wiederholung. Derjenige Bewegungskomplex, der gerade „dran“ ist, erfolgt für unübersehbare Zeit gleichmäßig hintereinander. Das gleichmäßige Summen erweckt in einiger Entfernung den Eindruck, als ob ein großer Brummer irgendwo umherschwirre.

4. Die Bewegungen entbehren jeder Gewaltsamkeit, so daß der Eindruck des Krampfhaften nicht zustande kommt; sie erwecken vielmehr durchaus den Eindruck des Willkürlichen.

5. Sie erfolgen in mäßiger Schnelligkeit, etwa 60mal in der Minute.

Aus dem Rahmen dieser Bewegungserscheinungen fällt eine heraus; manchmal erfolgt nämlich zwischen den übrigen Bewegungen ein ruckartiges Zusammenzucken des Körpers, so rasch ablaufend, daß man Einzelheiten schwer überblicken kann.

Während der Bewegungen befindet sich der Pat. im Schlaf. Er selbst gibt an, aus eigener Erfahrung von den Bewegungen keine Kenntnis zu haben. Die Bewegungen erfolgen meist die ganze Nacht hindurch; nur selten wurde beobachtet, daß der Pat. ruhig lag. Von der ganz ungewöhnlichen Schlaftiefe haben verschiedene Versuche überzeugt. Bei plötzlichem Erwecken bestand in der Regel eine ausgesprochene Schlaftrunkenheit. Mit dem Moment des Erwachens sind die Bewegungen völlig verschwunden, um beim Einschlafen gleich wieder aufzutreten. Bemerkenswert ist auch, daß der Pat. so gut wie gar nicht träumt. Schließlich besteht — vielleicht im Zusammenhang mit dem Kraftverbrauch im Schlaf — ein starkes Schlafbedürfnis. Pat. konnte sozusagen auf Befehl einschlafen.

An dieser Störung leidet der 20jährige junge Mann seit der Kindheit. Über den genauen Zeitpunkt des Beginns ist leider nichts Sicheres zu erfahren. Der Pat. verlegt ihn in das 6. Lebensjahr, die Mutter in das 10. Lebensjahr. Die Kinder haben schon frühzeitig getrennt von den Eltern geschlafen. Nach einzelnen Äußerungen des Großvaters, der mit den Kindern zusammen schlief, hat aber das Leiden schon vor dem 10. Lebensjahre begonnen.

Anamnestisch ist weiter zu berichten:

Die Mutter leidet an migräneartigen Kopfschmerzen, der Vater hat im Felde einen kurzdauernden Zustand nervöser Erschöpfung bekommen, befindet sich aber wieder dort, ein Bruder ist gesund und ebenfalls an der Front. Sonst keine Nerven- oder Geisteskrankheiten in der Familie. Aus der Kindheit ist nichts Besonderes zu vermerken. Der Pat. soll ein gutartiger, ganz munterer Junge gewesen sein. Auf der Schule lernte er nicht gerade hervorragend, das Begreifen fiel ihm etwas schwer. Nach der Schulzeit ist er ein solider und fleißiger Mensch gewesen. Aus der späteren Zeit ist zu erwähnen, daß mehrere Male ohne besondere Ursache kurzdauernde Schwindelanfälle aufgetreten sind. Jetzt ist Pat. zum Militär eingezogen, und hier haben sich nun Schwierigkeiten nach zwei Richtungen hin ergeben:

1. stört er durch die fortwährenden Bewegungen die Kameraden im Schlaf, und

2. war er bei der Notwendigkeit frühen Aufstehens nicht genügend erquickt und „machte schlapp".

Die körperliche Untersuchung bietet nicht viel Bemerkenswertes. Myopie mittleren Grades. Degenerationszeichen finden sich nicht in stärkerer Häufung. Hysterische Stigmata fehlen. Bei längerer Beobachtung fallen einige ticartige Bewegungen auf, vor allem öfteres Hochziehen der Stirn. Psychisch erweckt Pat. den Eindruck eines gutartigen, netten, etwas schwerfälligen Burschen. Auf einer andern Station ist eine gewisse Wehleidigkeit beobachtet worden, die bei der jetzigen Beobachtung nicht hervortrat. Die Intelligenz ist nicht hervorragend, aber durchaus durchschnittlich (Demonstration eines Kinematogramms, das die fraglichen Vorgänge zeigt).

Was liegt vor?

Von einer andern Nervenstation ist Pat. mit der Diagnose gekommen: Hysterisches Kopfschütteln lediglich während des Schlafes. Die Diagnose enthält eine Contradictio in adjecto. Wenn die Bewegungen lediglich an den Schlaf gebunden sind, fällt die Hysterie aus. Derartiges kennen wir von der Hysterie nicht. Die Bewegungen tragen andersartigen Charakter. Stigmata auf psychischem oder körperlichem Gebiete fehlen. Auch an eine epileptische Genese ist nicht zu denken, trotzdem einige verdächtige Schwindelanfälle aufgetreten sind, die Mutter an migräneartigen Kopfschmerzen leidet und die Charakterveranlagung etwas nach der Richtung des Epileptoiden neigt: das Gutherzige, Brave, Freundliche, dabei etwas Schwerfällige. Es fehlt das Paroxystische, Anfallartige epileptischer Entladungen. Die Einförmigkeit der Bewegungen und ihre rhythmische Wiederholung stellen sie auf eine Stufe mit den Bewegungen, die aus der Psychiatrie als Stereotypien oder Stereotypismen geläufig sind. Gleichartige Fälle, das Auftreten stereotyper Bewegungen im Schlafe sind in der Literatur unter verschiedenartiger Nomenklatur beschrieben worden. Von *Cruchet* als Tic de sommeil, sodann in der deutschen Literatur von *Zappert* und *Stamm*, von ersterem unter dem Namen: Jactatio capitis nocturna. *Oppenheim* erwähnt einschlägige Fälle an zwei Stellen seines Lehrbuchs, einmal unter den Halsmuskelkrämpfen bei Besprechung des sogenannten Spasmus nutans und zweitens unter dem Kapitel der Tickrankheit.

Es ist ersichtlich, daß Bewegungen des Kopfes allgemein eine große Rolle spielen. Wie eine Durchsicht der Literatur lehrt, zeigen die Fälle überhaupt vieles Gleichartige. Rumpfbewegungen, Kopfbewegungen und stimmliche Bewegungen kehren häufig wieder. Auch darin herrscht Übereinstimmung, daß sich die Affektion im Kindesalter zeigt. Zuerst gewöhnlich bei Kindern zwischen 3 und 5 Jahren. Knaben überwiegen.



Weiter ist ersichtlich, daß die Neigung besteht, die Affektion an andere bereits bekannte Affektionen anzugliedern.

Die Identifikation mit dem Spasmus nutans ist verfehlt. Der Spasmus nutans ist eine Affektion des frühesten Kindesalters. Die Erscheinungen bestehen in eigenartigen Nick- und Wackelbewegungen des Kopfes, die sehr rasch aufeinander folgen. Die seitliche Komponente scheint zu überwiegen. Daneben besteht regelmäßig ein Nystagmus, der manchmal nur dann hervortritt, wenn man den Kindern den Kopf festhält. Die Erscheinungen verschwinden im Schlaf. Die Störung scheint gewisse Beziehungen zum Nystagmus der Bergleute zu haben. Immer handelt es sich um Kinder, die in sehr dunklen Räumen gehalten sind, so daß sie mühsam nach einer Lichtquelle suchen müssen. Sobald man sie ins Helle bringt, schwindet die Störung nach einiger Zeit. *Raudnitz* hat gleichartige Erscheinungen bei neugeborenen Hunden gesehen, die in dunklen Käfigen gehalten waren.

Die Unterschiede gegenüber der vorliegenden Affektion sind ersichtlich:

1. Der Spasmus nutans betrifft Kinder im frühesten Lebensalter, Kinder unter 1 Jahr.

Die vorliegende Affektion setzt später ein.

2. Beim Spasmus nutans sind die Bewegungen auf den Kopf und die Augen beschränkt und wesentlich schneller.

Bei der vorliegenden Affektion sind häufig andere Muskelgebiete beteiligt. Die gelegentliche Beschränkung auf den Kopf hat augenscheinlich das Zusammenwerfen mit dem Spasmus nutans veranlaßt. Der Nystagmus fehlt.

3. Beim Spasmus nutans sind die Bewegungen niemals im Schlaf vorhanden. Hier an den Schlaf gebunden.

4. Die andersartige Ätiologie des Spasmus nutans, die hier nicht in Betracht kommt.

Mit dem Spasmus nutans hat man wieder die sogenannten Salaam-Krämpfe konfundiert. Hier handelt es sich um anfallweise auftretende Störungen, bei denen die Kinder plötzlich mitten aus der Gesundheit heraus blitzschnell eine dem orientalischen Gruße ähnelnde Beugebewegung des Rumpfes und Spreizbewegung der Arme ausführen. Offenbar handelt es sich um eigenartige petit mal-Anfälle. Die Kinder haben später epileptische Krampfanfälle bekommen und sind verblödet. Man spricht auch von einer Epilepsia nutans.

Gegenüber der Identifizierung mit den Tics ist Andersartigkeit der Bewegungen und Bindung an den Schlaf anzuführen, während die Ticbewegungen in der Regel im Schlaf sistieren. Freilich sind Beziehungen zu den Tics schon eher diskutabel. Eine gewisse Tic-Disposition ist vielleicht nicht ohne Bedeutung. Der Kranke zeigt ganz leichte ticartige Bewegungen im Wachen. Allerdings so schwach, daß



sie weniger aufmerksamer Beobachtung entgehen. Ein anscheinend ähnlich liegender Fall *Oppenheims* zeigte auch solche leichten ticartigen Bewegungen im Wachen. In andern Fällen haben sie anscheinend gefehlt. Für die mit dem Schlaf verbundenen Bewegungen, die die Szene beherrschen, muß noch Besonderes hinzukommen.

Zappert und *Stamm* haben eine eigenartige Erklärung gegeben. Sie meinen, daß die Bewegungen zuerst willkürlich vor dem Einschlafen ausgeführt und dann in den Schlaf übernommen werden. Sie bringen sie in Analogie mit dem Ludeln oder Wonnelutschen der Kinder; mit beiden sei ein Wohlgefühl für die Kinder verbunden. Der Ausdruck willkürlich ist freilich nicht ganz berechtigt, da diese Bewegungen reflektoid erfolgen, wenn sie auch willkürlich unterdrückt werden können.

Dem Punkt, ob der Pat. schon bei Beginn der Bewegungen schläft, wurde besondere Beachtung geschenkt. Bei wiederholter genauer Beobachtung schien das der Fall zu sein. Beim Aufrütteln zu diesem Zeitpunkt erfolgte ein charakteristisches Aufwachen (jähes Aufschrecken, mit dem Pat. gewöhnlich aufwachte, es bestand eine Schlafmiosis). Pat., der durchaus glaubwürdig erscheint, ist auch über diesen Punkt befragt worden; er verneint, jemals die Bewegungen bei Bewußtsein ausgeführt zu haben.

Zweifellos gibt es aber Fälle, in denen ähnliche oder gleiche Bewegungen vor dem Einschlafen ausgeführt werden. Ein zufällig zur Kenntnis gelangter zweiter Fall betraf den Sohn eines Kollegen. Dieser, ein jetzt 13jähriger Knabe, hatte nach Bericht des Vaters, der den vorgestellten Kranken im Schlafe sah, früher ganz ähnliche nächtliche Bewegungen gezeigt; er gab jetzt unumwunden an, daß er die Bewegungen bei vollem Bewußtsein ausgeführt habe, mit der spontanen Erklärung, er habe ein angenehmes Gefühl dabei gehabt. Danach scheint die Bettlage bei disponierten Kindern eine gewisse Tendenz zu derartigen Bewegungen hervorzurufen. (Hier wäre auch der Punkt, wo eventuell psychisch-hysterische Momente mit hineinspielen könnten.) Allmählich würde dann ein Hineinwandern in den Schlaf erfolgen, aber eventuell auch eine völlige Emanzipation vom Wachen. Auch unter dieser Annahme brauchen die Beobachtungen und die Angaben des Pat. durchaus nicht unrichtig zu sein. Es liegt kein Anlaß vor, anzunehmen, daß die Bewegungen jetzt willkürlich unterhalten werden oder eine Art Wunschkrankheit darstellen. Die ursprüngliche Genese, die vielleicht in früher Kindheit liegt, könnte der Pat. vergessen haben.

Der letzte Fall ist aber insofern ganz anderer Art, als hier die Bewegungen allem Anschein nach überhaupt nicht im Schlaf auftraten. Im ersten Falle schienen sie von jeher nur im Schlaf aufgetreten zu sein. Daneben könnte es noch Fälle geben, die der *Zappert-Stamm*schen Annahme entsprechen.

Für das ledigliche Auftreten derartiger Bewegungen im Schlafe kann der Umstand sprechen, daß in einzelnen Fällen die Bewegungen an-



scheinend erst im späteren Verlauf des Schlafes auftraten (?). Auch der vorgestellte Pat. hört übrigens gelegentlich längere Zeit mit den Bewegungen auf und beginnt dann im Schlaf von Neuem. Bemerkenswert ist auch, daß es sich nicht um einen Bewegungskomplex handelt, sondern um mehrere. Atypisch ist das eher an Ticbewegungen gemahnende, ruckartige Zusammenfahren, das sonst nicht beobachtet ist.

Die Störung dürfte ein neuropathisches Stigma darstellen. Meist scheint sie sich im Kindesalter schon wieder verloren zu haben.

Die Therapie hat sich meist als machtlos erwiesen. Erzieherische Maßnahmen können nur wirken, wenn und solange die Bewegungen außerhalb des Schlafes liegen. Die gelegentlich vorgeschlagene Hypnose verspricht für die Bewegungen im Schlaf wenig Erfolg. Hypnotische Versuche sind vom Vortragenden angestellt worden (ohne therapeutischen Erfolg). Daß sich dabei entsprechende (nicht ganz identische) Bewegungen hervorrufen ließen, ist für einen im Bewußtsein liegenden Ursprung der Schlafbewegungen nicht beweisend, denn der Pat. war durch Mutter und Kameraden sehr genau über die Art seiner Bewegungen orientiert worden. Er imitierte sie auch auf Aufforderung im Wachen. Nur die Beinbewegungen ließen sich in der Hypnose nicht erzielen; diese kannte Pat. anscheinend nicht.

Schließlich die Frage der Namengebung. Die vorliegenden Bezeichnungen erscheinen nicht genügend. Der Ausdruck Schlaftic nicht wegen des andersartigen Charakters der Bewegungen. Der Ausdruck Jactatio capitis nocturna nicht, weil er zu wenig umfassend ist, nur auf die Kopfbewegungen abzielt.

Es wird der Ausdruck Nyktostereotypismen vorgeschlagen.

Niesel-Stettin.

II. Kriegstagung

des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Würzburg am 25. und 26. April 1918.

Sitzung am 25. April im Hörsaal des physiologischen Institutes.

Anwesend die Herren: *Abraham*-Allenstein, *Adams*-Andernach, *Alt*-Uchtspringe, *Anton-Halle*, *Aschaffenburg*-Cöln, *Ast*-Werneck, *Banse*-Lauenburg, *Barbo*-Pforzheim, *Bartsch*-Lüneburg, *Becker* Herborn, *Bendixsohn*-Berlin, *Berge*-Marburg, *Beyerhaus*-Bedburg, *Blachian*-Haar, *Blume*-Dalldorf, *Böhm*-München, *Bonhöffer*-Berlin, *Borchardt*-Berlin, *Bott*-Bamberg, *Braune*-Conradstein, *Brodmann*-München, *Brühl*-Kiedrich, *Buddeberg*-Merzig, *Buder*-Winnental, *Bufe*-Uchtspringe, *Buttersack*-Heilbronn, *Casten*-Schmargendorf, *Dabelstein*-Neustadt (Holstein), *Dees*-Gabersee,



Deiters-Düren, *Delbrück*-Bremen, *Dietze*-Alzey, *Dluhosch*-Obrawalde, *Dräseke*-Hamburg, *Dubbers*-Allenberg; *v. Ehrenwall*-Ahrweiler, *Eisen*-Regensburg, *Encke*-Lauenburg i. P., *Engelhardt*-Straßburg, *Entres*-Eglfing, *Eyerich*-Würzburg, *Facklam*-Suderode, *Fauser*-Stuttgart, *Fischer*-Wiesloch, *Flügge*-Bedburg-Hau, *O. Foerster*-Breslau, *Forster*-Berlin, *v. Frey*-Würzburg, *Frickhinger*-Würzburg, *Fürnrohr*-Nürnberg, *Galle*-Magdeburg, *Gallus*-Potsdam, *Garlipp*-Berlin, *Gaupp*-Tübingen, *Geiger*-München, *Gerhardt*-Würzburg, *Gerz*-Würzburg, *Goepfert*-Würzburg, *Goldstein*-Frankfurt, *Goldstein*-Halle, *Gruhle*-Heidelberg, *Gückel*-Nürnberg, *Haardt*-Emmendingen, *Hänisch*-Stetten, *Hahn*-Frankfurt, *Hartung*-Mühlhausen, *Hauptmann*-Freiburg, *Havemann*-Tapiau, *Hegemann*-Münster, *Heinke*-Liepgarten, *Herfeld*-Ansbach, *Hermkes*-Eickelborn, *Herting*-Galkhausen, *Herwig*-Marsberg, *Hinrichs-Schleswig*, *Hirtreitler*-Freising, *Hösel*-Dresden, *Holzer*-Warstein, *Homburger*-Heidelberg, *Hoppe*-Cöln, *Horstmann*-Stralsund, *Houdremont*-Würzburg, *Hübner*-Bonn, *Hügel*-Klingenmünster, *Jach*-Pfafferode, *Jahnel*-Frankfurt, *Jakob*-Hamburg, *Imhof*-Haar, *Jolly*-Nürnberg, *Isserlin*-München, *Kafka*-Hamburg, *Kaufmann*-Würzburg, *Kirchhoff*-Schleswig, *Kleist*-Rostock, *Klewe-Nebenius*-Konstanz, *Klieneberger*-Würzburg, *Klüber*-Erlangen, *Knauer*-Würzburg, *Koch*-Schussenried, *Kolb*-Erlangen, *Kraepelin*-München, *Küppers*-Ueberlingen, *Kutzinski*-Königsberg, *Lange*-Magdeburg, *Lantzius-Beninga*-Weilmünster, *Lehmann*-Coswig, *Lilienstein*-Nauheim, *Löw*-Bedburg, *Löwenstein*-Berlin, *Löwental*-Braunschweig, *Lotmar*-Heidelberg, *Ludwig*-Werneck, *Lydtin*-Illenau, *Maas*-Berlin, *Maier*-Günzburg, *Mainzer*-Nürnberg, *Marthen*-Landsberg, *Mayr*-Eglfing, *Mendel*-Berlin, *Mercklin*-Treptow, *Meyer*-Köppen i. T., *Meyer*-Saarbrücken, *Meyer*-Würzburg, *Moeli*-Berlin, *Mörchen*-Wiesbaden, *Moritz*-Cöln, *Müller*-Haina, *J. Müller*-Nürnberg, *Neißer*-Bunzlau, *Neuhaus*-Düsseldorf, *Nicolaier*-Breslau, *Nonne*-Hamburg, *Orthmann*-Johannistal, *Ostwald*-Gießen, *Peipers*-Pützchen, *Peretti*-Grafenberg, *Peritz*-Berlin, *Pfeifer*-Nietleben, *Plaskuda*-Lübben, *Pönitz*-Halle, *Poppelreuter*-Cöln, v. *Rad*-Nürnberg, *Raether*-Bonn, *Rautenberg*-Hamburg, *Reichardt*-Würzburg, *Frieda Reichmann*-Königsberg, *Rieger*-Würzburg, *Rieth*-Berlin, *Rinne*-Langenhagen, *Röll*-Werneck, *Rölzer*-München, *Röper*-Hamburg, *Roesen*-Görden, *Rosenfeld*-Straßburg, *Schäfer*-Roda, *Scharpff*-Nürnberg, *Schauen*-Neustadt (W.-Pr.), *Schedtler*-Merxhausen, *Schlüter*-Kiel, *Schmidt*-Pfafferode, *Schmidt*-Wunstorf, *Schmitz*-Sorau, *Schneider*-Goddelau, *Schröder*-Greifswald, *Schroeder*-Hildesheim, *Schütz*-Leipzig, *Schultze*-Göttingen, *Schulze*-Arnsdorf, *Schwabe*-Plauen, *Seelert*-Berlin, *Seelig*-Berlin, *Snell*-Lüneburg, *Sommer*-Gießen, *Specht*-Erlangen, *Specht*-München, *Squar*-Kortau, *Steffen*-Kiel, *Stern*-Kiel, *Stier*-Berlin, *Stolzenburg* Göttingen, *Stransky*-Wien, *Strasmann*-Düsseldorf, *Sünner*-Herzberge, *Else Sumpf* München, *Szanojeirts*-Wien, *Tuczek*-Marburg, *Vocke*-Eglfing, *Vogler*-Deggendorf, *Wachsmuth*-Eichberg, *Weichelt*-Andernach, *Weiß*-Amberg, *Werner*-Heppenheim, *Wessely*-Würzburg, *Westphal*-Bonn, *Weygandt*-Hamburg, *Wichura*-Blankenburg i. Th.,



Wickel-Dziekanka, *Wilhelmy*-Bonn, *Willige*-Halle, *Wißner*-Jena, *Woernlein*-Teupitz, *Wolff*-Katzenelnbogen, *Wolz*-Würzburg, *Würth*-Kiel, *Zierl*-Regensburg, *Zinn*-Eberswalde; zusammen 200 Teilnehmer.

Am Vorstandstische: *Bonhöffer*, *Kraepelin*, *Moeli*, *Tuczek* (verhindert: *Laehr* und *Siemens*). Schriftführer: *Gerz*-Würzburg, *Röll*-Werneck.

Der Vorsitzende *Moeli*-Berlin begrüßt die Versammlung: Der Erfolg der Kriegstagung in München berechtigt wohl, auch von einer Besprechung der Hirnverletzungen und ihrer Behandlung Nutzen zu erwarten. Der Gegenstand ist verwickelter und schwieriger als der damals behandelte; deshalb erscheint es erwünscht, im Anschluß an die Berichte der auf diesem Gebiete besonders erfahrenen Kollegen durch allseitige Aussprache die Sachlage zu klären und die weitere Arbeit vorzubereiten. Es gebührt den leitenden militärärztlichen Stellen Dank, daß sie, soweit die Lage es zuläßt, den im Heeresdienste stehenden Mitgliedern die Teilnahme ermöglicht haben. —

Zahlreich sind leider unsere Verluste im Felde und in der Heimat. An erster Stelle ist derer zu gedenken, die ihr Leben im Dienste des Vaterlandes dahingegeben haben: Dr. *Paul Przedownik*, Oberarzt in Lüben; Dr. *William Kölle*, Besitzer und Leiter des Müller-Rehmschen Sanatoriums in Blankenburg a. H., Inhaber des Eisernen Kreuzes; Dr. *Eberhard Rauch*, Oberarzt in Landsberg, Inhaber des Eisernen Kreuzes 1. Kl., im April 1917; Prof. Dr. *Otto Ranke*-Heidelberg; Dr. *Rudolf Scherenberg*, Oberarzt in Suttrop, am 23. Oktober 1917; Dr. *Otto Schulze*, Oberarzt in Eberswalde, am 6. Dezember 1917; Dr. *Wolfgang Hieronymus*, Oberarzt in Lauenburg, Inhaber des Eisernen Kreuzes 1. Kl., am 23. März 1918. — Neben dem ehrfurchtvollen Gedenken, das wir diesen als Angehörigen des ruhmvollen Heeres Gefallenen weihen, hat der Verein zu beklagen das Ableben der Mitglieder: Oberarzt Dr. *Rudolf Frotscher*-Weilmünster, Dir. San.-Rat. Dr. *Ernst Selle*-Neuruppin, Nervenarzt Dr. *Hans Kurella*-Kudowa, San.-Rat Prof. Dr. *Ludwig Bruns*-Hannover, Dir. Med.-Rat Dr. *Leopold Oster*-Konstanz, Anstaltsarzt Dr. *Nieszytka*-Tapiau, Geh. San.-Rat *Oswald Berkhan*-Braunschweig, Oberarzt Dr. *Felix Winkler*-Arnsdorf, Abt.-Arzt Dr. *Georg Pförringer*-Hamburg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Albert Eulenburg*-Berlin, Dir. Geh. San.-Rat Dr. *Adolf Stoltenhoff*-Kortau, San.-Rat Dr. *Oskar Kohnstamm*-Königstein a. T., Oberarzt Dr. *Eduard Heß*-Görlitz, Geh. San.-Rat Dr. *Hermann Hesse*-Ilten, Prof. Dr. *Ludwig Edinger*-Frankfurt a. M., Dr. *Hugo Hoppe*-Königsberg, Hofrat Dr. *Heinrich Landerer*-Göppingen, San.-Rat Dr. *Richard Klüpfel*-Urach, Geh. Med.-Rat Dr. *G. H. Lehmann*-Dösen, Dir. Med.-Rat Dr. *Louis Jenz*-Schwerin, San.-Rat Dr. *Wiemar Kleudgen*-Obernigk, Dir. Dr. *Otto Kurz*-Pfullingen, Dir. San.-Rat Dr. *Hermann Petersen*-Brieg, Geh. San.-Rat Dr. *Wilhelm Alter*-Breslau, San.-Rat Dr. *Konstantin Ziem*-Danzig, San.-Rat Dr. *Munter*-Berlin, Dr. *Oskar Schuster*-Dresden. Viele der Älteren waren regelmäßige Teilnehmer an unseren Versammlungen und haben



durch ihre Mitarbeit den Verein gefördert. Auf praktischem und auf wissenschaftlichem Gebiete verdankt ihnen die Psychiatrie Fortschritte. Nicht wenige von uns verlieren unter den Dahingegangenen nahe persönliche Freunde. — Auch die Reihe der Ehrenmitglieder des Vereins ist sehr gelichtet. Im Jahre 1916 starb *Magnan*-Paris, 80 Jahre alt, dessen wissenschaftliche Leistungen ihn mit der deutschen Psychiatrie in nähere Beziehungen gebracht hatten. Kurz nach unserer Kriegstagung in München verloren wir unsere beiden letzten deutschen Ehrenmitglieder, Geh. Rat Dr. *Heinrich Schüle*-Illenau im 77. Lebensjahre infolge eines Schlaganfalls am 9. Dezember 1916 und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Carl Pelmann*-Bonn im fast vollendeten 79. Lebensjahre an Influenzapneumonie am 21. Dezember 1916. Beide stehen uns, wenn sie auch in letzter Zeit nicht mehr regelmäßig in unsrer Mitte erschienen, lebhaft vor Augen. Sie waren ja ausgesprochene Persönlichkeiten, dabei sehr verschieden; der eine lebhaft, auf mannigfaltigen Kulturgebieten mit einem Zuge von Weltweisheit sich bewegend, der andere mit größter Hingabe in fast weihevollem Drange bis zuletzt dem Fortschritte der Psychiatrie sich widmend. Gemeinsam konnten sie auf eine rege Arbeit für die Entwicklung des Vereins, insbesondere auch als Mitglieder des Vorstandes, zurückblicken. Zu gleicher Zeit sind sie abberufen, und wir gedenken der verdienstvollen Männer in dankbarer Erinnerung. — Frischer noch ist der Verlust unseres lieben Kollegen *Heinrich Kreuser*. Mitten aus seiner Tätigkeit heraus entriß ihn seiner Familie und uns am 19. Dezember v. J. ein Schlaganfall. Wohl hatte der Krieg, wie in so vielen, auch in seiner Familie Opfer gefordert, aber sein Hinscheiden traf alle unerwartet. Er hatte nicht nur seine Berufstätigkeit voll innegehalten, sondern auch in den früheren Abschnitten des Krieges es sich nicht nehmen lassen, durch Führung von Lazarettzügen der Kriegsfürsorge zu dienen. Sie alle haben ihn gekannt, so brauche ich den Grundzug seines Wesens nur zu nennen: die Treue. Wie er in allen Richtungen, persönlichen und beruflichen, Treue hielt, so wachte er auch unablässig und aufmerksam über dem Wohle des Vereins. Und mit dieser gewissenhaften Sorgfalt verband sich ein feines Gefühl, eine große Treffsicherheit für das Richtige. So war es für uns alle jedesmal eine Freude, ihn wiederzusehen und besonders sich mit ihm im Einklang zu finden bei der Erfüllung der Aufgaben, die der Gang der Zeit an den Verein stellte. Seine Mühewaltung als Kassenführer tritt, so sehr wir ihm auch hierfür danken dürfen, in seinem Erinnerungsbilde ganz zurück gegen die innere Anteilnahme, die, seiner Natur entsprechend, ihn für unsere Sache erfüllte, und die er in freundlicher Gesinnung auf die einzelnen übertrug. Die Lücke, die sein Ableben geschaffen hat, werden wir in gemeinsamer Trauer lange empfinden.

Im Namen der Universität Würzburg begrüßt als stellvertretender Rektor der Vorstand des pathologischen Instituts Geh. Rat Prof. *M. B.*

Schmitt die Versammlung. Ihm folgt Geh.-Rat Prof. *von Frey* als Vorstand des physiologischen Institutes, in dessen Räumen die Tagung stattfindet. Weiterhin begrüßt Prof. *Rieger* die Erschienenen und überreicht eine der diesjährigen Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie von der psychiatrischen Klinik Würzburg dargebrachte Begrüßungsschrift (Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik zu Würzburg, Heft 9, 1918, Jena. Fischer). Als Vertreter der Kgl. Regierung Unterfrankens nimmt Herr Regierungs- und Medizinalrat Dr. *Frickhinger* an den Sitzungen teil. Der erste Bürgermeister von Würzburg, Herr *Grieser*, hatte schon am Abend vorher der Versammlung die Grüße und Wünsche der Stadt Würzburg ausgesprochen.

Der Vorsitzende dankt für die Begrüßungen und die Gabe des Herrn *Rieger*. Er übermittelt Grüße der Herren *Siemens* und *H. Laehr*, die bedauern, der Tagung nicht beiwohnen zu können. Einladungen zum Besuch der Heil- und Pflegeanstalt Werneck und des Krüppelheims König Ludwig-Haus in Würzburg werden zur Kenntnis gebracht. Alsdann wird in die Tagesordnung eingetreten, um nach dem Vorschlag des Vorsitzenden die Berichte *Kleist*, *Forster*, *Reichhardt* und den Vortrag *Brodmann* als ersten Teil, getrennt von dem Bericht *Goldstein* über Behandlung und Fürsorge, zu erledigen.

Bericht von *Kleist*-Rostock: Die Hirnverletzungen in ihrer Bedeutung für die Lokalisation der Hirnfunktionen.

Der Bericht gründet sich auf eine sehr große Zahl von Hirnverletzten, die der Vortr. während einer zweijährigen neurologischen und neurochirurgischen Tätigkeit an einem Kriegslazarett des Westens gesehen hat, sowie auf die Beobachtungen an der Hirnverletztenabteilung der Rostocker Psychiatrischen und Nervenklinik.

Ein allgemeines Ergebnis der Kriegserfahrungen ist die verhältnismäßige Milde und die weitgehende Rückbildungsfähigkeit der Ausfallerscheinungen, verglichen mit den Folgen von arteriosklerotischen Erweichungen, Gehirngeschwülsten und anderen Gehirnerkrankungen. Es hängt das mit der Begrenztheit der Verletzungen, dem jugendlichen Alter und der sonstigen Gesundheit der meisten Kriegsteilnehmer zusammen. Lokalisatorische Schlüsse dürfen nur aus mehreren übereinstimmenden Fällen abgeleitet werden, da im einzelnen Falle Mitverletzungen anderer als der unmittelbar betroffenen Hirnstellen sowie traumatische Blutungen und Erweichungen fern von der Verletzungsstelle vorliegen können, wie zahlreiche vom Vortr. im Felde ausgeführte Sektionen erweisen.

I. Lähmungen.

Totale Hemiplegien als Folge ausgebreiteter Verletzung der motorischen Region oder des Stabkranzes derselben waren selten und nur vorübergehend. Die häufigeren unvollkommenen Hemiplegien



folgten teils dem *Wernicke-Mann*schen Prädilektionstypus, öfter dem distalen Prädilektionstypus mit vorzugsweiser Lähmung von Hand und Fuß. Beide Typen fanden sich oft vereint. Bei umschriebener Verletzung der motorischen Region traten Lähmungen einzelner Gelenkbewegungen und einzelner Bewegungsrichtungen auf: Fokaltypus der Lähmung. Der Fokaltypus ist bei Hirnverletzungen die häufigste Lähmungsform, so sehr, daß fast jede Hirnlähmung mehr oder weniger deutliche Zeichen desselben an sich trägt. Als bemerkenswerte Fokallähmungen am Bein sind zu erwähnen: die sehr oft doppelseitig auftretende Fußlähmung nach Schußverletzung nahe oder über der Pfeilnaht, auf der Höhe des Schädels, entsprechend dem obersten Teil der Zentralwindungen; ferner die isolierte Hüftmuskelschwäche, die im Gegensatz zur Fußlähmung stets mit Armparese einherging. Bei Lähmungen von Hüfte und Knie war überhaupt immer auch der Arm beteiligt. Die Zentren für Hüfte und Knie liegen daher unterhalb von denjenigen für Fuß und Zehen. Die Rumpf- und Halsmuskeln waren zwar nie isoliert gelähmt, doch ließ sich eine einseitige Schwäche der Rumpf- und Halsbewegungen, auch bei alten Lähmungen, fast immer nachweisen. Da sie stets mit Lähmungen von Arm und Bein verknüpft war, dürften die Rumpf- und Halsmuskeln zwischen Bein und Arm in der motorischen Region lokalisiert sein, die Halsmuskeln nach vorn von den Rumpfmuskeln. Von den Fokallähmungen am Arm gingen die isolierten Lähmungen in Schulter und Ellenbogen stets mit Beinlähmungen einher, was für die Lokalisation von Schulter und Ellenbogen im obersten Teil der Armzone, benachbart der Bein- bzw. Hüftzone spricht. Die mannigfaltigen Hand- und Fingerlähmungen ließen erkennen, daß das Handgelenk am weitesten oben liegt. Es ist, wenn die Finger relativ verschont sind, stets mit Ellenbogen und Schulter zusammen betroffen. Die kombinierte Lähmung der Hand- und Fingerstrecker erinnert stark an die Radialislähmung, unterscheidet sich aber dadurch von ihr, daß sich auch die Interossei beteiligen, soweit sie eine Streckfunktion haben. Die Finger waren bald zusammen gelähmt, bald in Gruppen oder einzeln: Lähmung der drei radialen Finger, Lähmung der zwei ulnaren Finger, isolierte Daumen- und Kleinfingerlähmung. Dabei gab es noch Unterschiede, ob eine Beuge-, Streck- oder Oppositionslähmung bestand. Zwei Fingerlähmungstypen sind besonders häufig: die „Fächerhand" (Strecklähmung in den zwei oder drei ulnaren Fingern) und die „Hand mit eingeschlagenem Daumen" (Strecklähmung der radialen Finger, besonders des Daumens). Die radialen Finger liegen in der motorischen Region weiter unten als die ulnaren; denn sie sind öfter mit dem Facialis zusammen betroffen. Die fokalen Gesichts- und Zungenlähmungen zeigen, daß die Gesichtsmuskeln oberhalb der Zunge lokalisiert sind, da das Gesicht sehr viel häufiger bei Arm- und Handlähmungen beteiligt ist als die Zunge. Die einzelnen Gelenke und Bewegungen sind



innerhalb der motorischen Region daher derart angeordnet, daß von oben nach unten aufeinander folgen: Zehen und Fuß, Knie, Hüfte, Hals und Rumpf, Schulter, Ellenbogen, Handgelenk, ulnare Finger, radiale Finger, Gesicht, Zunge.

Blasenstörungen. Ein Rindenzentrum für die willkürliche Beherrschung der Blase muß im Bereich des Beinzentrums oder in dessen nächster Nachbarschaft liegen. Abgesehen von Bewußtseinstrübungen und anderweitigen psychischen Störungen traten Störungen der Blasenentleerung — dreimal unwillkürlicher Urinabgang, einmal Urinverhaltung — nur in Begleitung doppelseitiger Fuß- bzw. Beinlähmung auf. Die Schädelverletzungen lagen an oder über der Pfeilnaht, in der Gegend des oberen Endes der Zentralwindungen.

II. Sensibilitätsstörungen.

A. Bezüglich der Ausdehnung der Sensibilitätsstörung ließen sich folgende Typen unterscheiden, die den verschiedenen Lähmungstypen in gewissem Grade analog sind: 1. Die totale gleichmäßige Hemianästhesie, eine stets vorübergehende Störung. 2. Der distale Prädilektionstypus der Sensibilitätsstörung, bei dem die Extremitäten mehr als Rumpf und Kopf betroffen sind und an Arm und Bein die Störungen nach den Händen und Füßen hin zunehmen. Bei ihrer Rückbildung bleiben bisweilen auf Fuß- und Hand beschränkte Sensibilitätsverluste übrig. 3. Der laterale Prädilektionstypus, bei dem an Kopf und Rumpf die seitlichen Partien mehr befallen sind als die nach der Mittellinie zu gelegenen Teile. An den Beinen äußert sich dieser Typus in der Bevorzugung der Kleinzehenseite des Fußes und häufig auch des Unterschenkels. Zuweilen zieht eine Zone stärker herabgesetzter Empfindlichkeit auch an der Außenseite des Oberschenkels hinauf. Am Arm entspricht ihm die stärkere Störung an der Kleinfingerseite der Hand, nicht selten auch des Unterarms, die sich manchmal bis zur Achselhöhle entlang zieht. Die Benachteiligung der Kleinfingerseite kann ebenfalls als Ausdruck lateraler Prädilektion betrachtet werden, da in der Haltung der Extremitäten beim Vierfüßlergang die Kleinfingerseite der Oberextremität wie die Kleinzehenseite der Unterextremität nach außen gelegen ist. Bei der Rückbildung engt sich dieser Typus bisweilen auf eine Herabsetzung der Sensibilität ausschließlich an der Kleinzehenseite des Fußes und an der Kleinfingerseite der Hand ein. Distaler und lateraler Prädilektionstypus sind häufig miteinander verbunden. Bei beiden Typen bleibt die Haut an den Genitalien und in der Umgebung des Afters meist frei, was wohl eine Teilerscheinung des Abfalls der Sensibilitätsstörung nach der Mittellinie hin ist. 4. Die fokalen Sensibilitätsstörungen zeigten teils eine gliedweise bzw. gliedabschnittweise Anordnung in Querfeldern mit zirkulärer Begrenzung, teils eine Verbreitung nach Längsfeldern, unter denen latero-mediale

und ventro-dorsale zu unterscheiden waren. Am Bein — Verletzung über dem obersten Teil der hinteren Zentralwindung — war am häufigsten der Fuß betroffen, doch kamen auch Herabsetzungen nur an den proximalen Teilen vor. Unter den latero-medialen Störungen überwog die Herabsetzung an der Kleinzehenseite des Fußes, entsprechend L 5 und S 1. Vereinzelt fand sich ein Unterschied zwischen Vorder- und Rückseite des Beins bzw. Fußes, wobei die dorsalen Gebiete häufiger und stärker gestört waren als die ventralen. Am Rumpf traten Sensibilitätsstörungen meist zusammen mit Schädigungen an Arm und Bein auf, sodaß sich die Anästhesie vom Arm her auf den Rumpf herunter oder vom Bein auf den Rumpf hinauf zog. Das Rumpffeld muß daher zwischen den Feldern für Schulter und Oberschenkel gelegen sein. Isolierte Störungen am Rumpf sind außerordentlich selten. Die Grenzen der Sensibilitätsstörungen waren auch am Rumpf teils zirkulär, teils longitudinal (stärkere oder ausschließliche Sensibilitätsstörungen an der Seite, gelegentliche Unterschiede zwischen vorn und hinten.) Am Arm, dessen kortikales Feld nach Lage der Schädelwunden in der Mitte der hinteren Zentralwindung anzunehmen ist, überwogen bei der zirkulären Form die Störungen an Hand und Unterarm bedeutend, der Oberarm war selten mehr als die distalen Teile betroffen. In diesem Fall fanden sich auch immer Sensibilitätsstörungen an Rumpf und Oberschenkel. Also liegt das sensible Oberarmfeld innerhalb der Armzone am weitesten nach oben, dem Rumpf- und Oberschenkelfeld benachbart. An der Hand war teils die ganze Hand, teils sämtliche Finger, teils nur einzelne Finger oder Gruppen von solchen betroffen, doch überwog die gruppenweise Störung der drei radialen bzw. der zwei ulnaren Finger. Medial-laterale Form: bei den Sensibilitätsstörungen am 1.—3. bzw. 4.—5. Finger waren sehr oft die entsprechenden Seiten der ganzen Hand mit betroffen. Von der Kleinfingerseite der Hand erstreckte sich die Störung am Unter- und Oberarm nicht selten weiter hinauf entsprechend den Segmenten C 8, D 1, D 2. Eine Verlängerung der Sensibilitätsstörung an der Daumenseite in segmentaler Weise kam dagegen nicht vor. Ventral-dorsale Form: Unterschiede zwischen Vorder- und Rückseite des Arms waren selten; in den wenigen Fällen dieser Art war die Rückseite mehr betroffen als die Vorderseite. Die sensible Kopfzone liegt am weitesten unten in der hinteren Zentralwindung, an das Daumenfeld angrenzend. Die Sensibilitätsstörungen am Kopf ließen meist sehr deutlich einen segmentalen Typus hervortreten. Bald ist das gesamte Trigeminusgebiet, bald das Gebiet der Zervikalsegmente befallen. Mehrfach war der innerste Anteil des ersten Trigeminussegmentes (Lippen mit oder ohne Nase und mediale Partie der Wange) am stärksten betroffen, in anderen Fällen gerade dieser Bezirk verschont.

Zusammenfassend läßt sich über die extensive Gliederung des sensiblen Rindenfeldes sagen: 1. es besteht eine Einteilung nach Glie-



dern und Gliedabschnitten: Querfelder mit zirkulärer Begrenzung. Als Unterteilung liegt außerdem eine Einteilung in longitudinaler Richtung vor, und zwar in laterale und mediale, ventrale und dorsale Längsfelder. Die Längsfelder haben mehr oder weniger Ähnlichkeit mit den spinalen Segmentfeldern, sind ihnen aber nicht schlechthin gleichartig, sondern als kortikal abgeänderte Segmentfelder zu betrachten. Die Abweichungen gegenüber den spinalen Segmentfeldern liegen darin, daß die segmentartigen Störungen meist nicht in ganzer Länge der Segmente durchlaufen, sondern durch die Querteilung nach Gliedabschnitten durchkreuzt oder unterbrochen werden. Auch in der Breitenausdehnung sind die Segmente häufig nicht im ganzen betroffen. Zum Teil laufen die Längsfelder auch über den Bereich mehrerer Segmente hinweg. Auffällig ist, daß gewisse Segmente (C 8, D 1, D 2 sowie L 5, S 1) ganz vorwiegend betroffen sind, während andere (wie C 5 und C 6) so gut wie nie eine Störung aufweisen. Am engsten decken sich die segmentartigen Felder der Hirnrinde im Kopfgebiet mit den spinalen bezw. bulbären Segmentfeldern. Vermutlich haben die in tieferen und stammesgeschichtlich älteren Teilen des Zentralnervensystems gegebenen Segmente bei ihrer Einbeziehung in das jüngere und anderen Leistungen angepaßte Großhirn eine Umgestaltung erfahren, derart, daß sich gegenüber der segmentalen Felderung eine Gliederung nach Gliedern und Gliedabschnitten durchgesetzt hat. 2. Während die fokalen Sensibilitätsstörungen auf der Schädigung einzelner Quer- oder Längsfelder beruhen, erklären sich die Prädilektionstypen der Sensibilitätsstörung aus gemeinsamer gleichmäßiger Schädigung der ganzen sensiblen Region im Verein mit einer stärkeren Empfindlichkeit der distalen Querfelder und der lateralen Längsfelder. Die distale Zunahme der Sensibilitätsstörung dürfte darauf beruhen, daß die distalen Querfelder feiner differenziert sind und daher auf Schädigungen stärker reagieren. Die stärkere Schädigung der lateralen Längsfelder dürfte mit ihrer im Vergleich zu den medialen Längsfeldern geringeren Größe zusammenhängen. Daß bei dem einen Menschen der laterale, bei dem andern der distale Prädilektionstypus entsteht, erklärt sich wohl daraus, daß der sensiblen Region des einen Menschen die stammesgeschichtlich jüngere Teilung nach zirkulären Gliedabschnitten, der des anderen die stammesgeschichtlich ältere segmentale Teilung stärker eingeprägt ist.

B. Hinsichtlich der Schädigung der verschiedenen Qualitäten der Sensibilität wurde — sehr selten — ein für alle Qualitäten gleichmäßiger Sensibilitätsverlust beobachtet; ferner ein Prädilektionstypus, bei dem die Gelenk- und demnächst die Berührungsempfindung stärker betroffen war als die anderen Qualitäten, sowie isolierte und gruppenweise Störung einzelner Qualitäten. Letztere fanden sich in zwei Arten: 1. als Störung der Schmerz- und Temperaturempfindung, zuweilen im Verein mit Herabsetzung der Berührungsempfindung. Auch die Schwere- und Druckempfindung gingen der Schmerz- und Temperaturempfindung



parallel; 2. die isolierte Störung der Gelenkempfindung, an der sich die Berührungsempfindung ebenfalls nicht selten beteiligte. Innerhalb der Gruppe der Schmerz- und Temperatursinnstörungen gab es einzelne Fälle, die nur eine Herabsetzung der Schmerzempfindung zeigten, solche, die nur Störungen der Temperaturempfindung aufwiesen, wobei wieder Kälte- und Wärmeempfindung getrennte Wege gehen konnten. Der Schmerz- und Temperatursinn ist nach Lage der Wunden in den vorderen, Gelenk- und Berührungsempfindung in den hinteren Teilen der hinteren Zentralwindung lokalisiert; letztere erstrecken sich vielleicht auf den vorderen Scheitellappen.

Störungen der Lokalisation, Diskrimination und des Tasterkennens. Lokalisation und Diskrimination sind sehr oft in Verbindung mit Berührungs- und Gelenkempfindung gestört; doch besteht keine feste Beziehung zwischen beiden. Es müssen besondere, den einfachen Qualitäten übergeordnete Apparate für diese einfachsten räumlichen Funktionen angenommen werden.

Die Tastagnosie setzt ebenfalls das Vorhandensein besonderer anatomischer Substrate voraus; denn auch sie geht den einfachen Empfindungsstörungen sowie den Störungen der Lokalisation und Diskrimination nicht parallel. Mehrfach sah Vortr. Aufhebung des Tasterkennens an nur einzelnen Fingern: am 2.—5., am 1.—3., 3.—4., 4.—5. Finger. Die Tastagnosie gehört den hinteren Teilen der sensiblen Region und dem vorderen Scheitellappen an.

Ataxie und Aktionswackeln. Reine Ataxie war bei Hirnverletzten sehr selten, meist trat sie in Verbindung mit einem groben, ziemlich regelmäßigen Wackeln auf. Dies „Aktionswackeln" zeigte sich nicht nur bei Zielbewegungen — wie der Intentionstremor — sondern auch beim einfachen Emporheben des Arms oder Beins, bei statischer Innervation, und es nahm mit dem Kraftaufwande zu. Die Ataxie hängt mit einer Störung der bewußten Gelenksensibilität, daher mit der hinteren Zentralwindung und vielleicht angrenzenden Teilen der Scheitelrinde zusammen. Dem Aktionswackeln liegt dagegen der Ausfall unbewußter Rezeptionen aus den Gelenken und Sehnen zugrunde; es ist in die vordere Zentralwindung, wohin diese Rezeptionen gelangen dürften, zu lokalisieren.

III. Sehstörungen.

Hemianopische Störungen traten ebenfalls in drei Typen auf: vereinzelt als totale Hemianopsien mit gerader, durch den Fixierpunkt gehender Trennungslinie, sehr häufig als der bekannte Prädilektionstypus der Hemianopsie mit Verschonung des makulären Gebietes, endlich als fokale Sehstörungen: Quadrantenhemianopsien, sektorenförmige Ausfälle, Skotome, darunter auch einige makulär-hemianopische Skotome. Die Kriegserfahrungen bestätigen, daß der obere Quadrant des Gesichtsfeldes der unteren Lippe der Fissura calcarina, der untere Qua-



drant der oberen Lippe entspricht. Im Grunde der Kalkarina verläuft die horizontale Trennungslinie des Gesichtsfeldes. Im hinteren Teil der Sehsphäre ist die Makula, der ein größeres Gebiet zugehören dürfte als dem mehr frontalwärts gelegenen peripheren Bezirke des Gesichtsfeldes, lokalisiert. Mehrfach wurden optische Halluzinationen bei Verletzungen der Sehsphäre beobachtet, in einem Fall mit Quadrantenbegrenzung.

Die ziemlich häufige Pupillenerweiterung auf der Seite der Hemianopsie verweist auf ein Pupillenverengerungszentrum für das rechte Auge im linken, für das linke im rechten Hinterhauptlappen.

Ablenkung der Augen nach der Gegenseite mit oder ohne Blickschwäche nach der Seite der Hemianopsie kam einige Male als vorübergehende Erscheinung vor und beruht auf der Schädigung besonderer optisch-motorischer Zentren im Hinterhauptslappen bzw. auf der Unterbrechung optisch-motorischer Bahnen im Hinterhaupts- oder Scheitellappen. Bei doppelseitigen Verletzungen des Hinterhauptslappens wurden wiederholt schwere Störungen der Augenbewegungen beobachtet: Seltenheit, Flüchtigkeit und erhöhte Ablenkbarkeit der Blickbewegungen, Erschwerung der Augeneinstellungen nach Richtung und Entfernung, Schielstellungen, unvollkommene, hilflose Blickbewegungen. Das Suchen und Finden von Eindrücken im Gesichtsfelde war äußerst behindert.

Bezüglich der Störungen der optischen Lokalisation, des optischen Vorbeizeigens und Halbierens wird auf die Arbeit von Best verwiesen.

Unter den höheren optischen Störungen kamen Alexie und Farbenagnosie nur vereinzelt, die optische Agnosie für einzelne Gegenstände („optisch-dingliche Agnosie") wesentlich seltener als eine Störung vor, die zweckmäßig „optisch-räumliche Agnosie" genannt wird. Bei derselben ist die Auffassung eines zusammenhängenden optisch-räumlichen Ganzen unmöglich. Einzelne Gegenstände werden erkannt, nicht aber mehrere auf einmal, es kann nicht optisch gezählt werden, die gegenseitige Lage mehrerer optischer Eindrücke wird nicht erfaßt (Störung des optischen Zusammenfassens, optische Zählstörung). Psychologisch betrachtet leiden die Kranken an einer schweren Störung der optischen Aufmerksamkeit. Dieselbe geht oft einher mit einem Verlust der optisch-räumlichen Erinnerungen (sog. Verlust des optisch-topographischen Gedächtnisses, der optisch-räumlichen Orientierung). Damit hängen auch eigenartige Störungen beim Zeichnen, Zusammensetzen von Bausteinen und bei handwerklichen Verrichtungen zusammen, die mit Apraxie nichts zu tun haben: die vorgestellte Form wird richtig in Bewegungen umgesetzt, nur werden die einzelnen Teile derselben an falsche Stellen des Raumes gesetzt und ihre Größenverhältnisse sind oft fehlerhaft. Die optisch-räumliche Agnosie kam vornehmlich bei dop-



pelseitiger Beschädigung der Hinterhauptlappen vor — quere Durchschüsse durch die Hinterhauptlappen —, in seltenen Fällen genügte die Verletzung der linken Hemisphäre. Die optisch-räumlichen Engramme sind demnach in beiden Hinterhauptlappen, mehr aber im linken anzunehmen. Sie sind außerhalb des eigentlichen Sehfeldes (Kalkarina) und außerhalb der Zentren für Alexie und optisch-dingliche Agnosie lokalisiert.

IV. Apraxie.

Bei der mehrfach beobachteten gliedkinetischen Apraxie liegt ein Verlust der Fertigkeiten von besonders verwickelter, innervatorischer Struktur vor (Uhr aufziehen, Schere schneiden, knipsen u. ä.). Agraphie gehört nach den Kriegsbeobachtungen nicht zum Bilde dieser Störung, ebensowenig Bewegungsverwechslungen, Perseveration und stereotype Bewegungen. Bewegungen und Bewegungsfolgen laufen verlangsamt ab, isolierte Fingerbewegungen sind behindert und erfolgen unter Mitbewegungen anderer Finger, stets ging ein gewisser Grad von Parese der Hand und Finger mit der gliedkinetischen Apraxie einher. An der Hand handelt es sich um den Verlust der Handfertigkeiten, im Bereich von Gesicht und Zunge um den Verlust der nichtsprachlichen und sprachlichen Mundfertigkeiten. Im letzteren Falle deckt sich die gliedkinetische Apraxie mit der motorischen Aphasie. Während die gliedkinetische Apraxie im Bereich von Gesicht und Zunge durch nur einseitige Hirnverletzungen — links bei Rechtsern — hervorgerufen wird, sind die kinetischen Engramme der Handfertigkeiten nicht nur in der linken, sondern auch in der rechten vorderen Zentralwindung enthalten. Ein Überwiegen der linken Hemisphäre gibt es hier nicht. Bei ausschließlich linksseitiger Verletzung der Armregion kommt keine „sympathische" Apraxie der linken Hand zustande.

Bezüglich der ideokinetischen Apraxie bestätigen die Kriegserfahrungen, daß dieselbe vom linken Scheitellappen ausgeht. Sie beruht nach Auffassung des Vortr. auf einem Verlust bzw. einer Schwächung der im Scheitellappen gelegenen kinästhetischen Bewegungsengramme und entspricht der Paraphasie und Wortamnesie bei sensorischer Aphasie, die auf einem Wegfall oder einer Schwächung der akustischen Wortengramme beruhen. Die Fehlleistungen traten bei der ideokinetischen Apraxie fast nur beim Handeln ohne Objekt auf, mehrfach zeigte sich das Bild einer reinen amnestischen Apraxie. Bewegungsverwechslungen und Störungen der Handlungsfolge (ideatorisch-apraktische Fehler) waren sehr selten.

Linksseitige Dyspraxie bei rechtsseitiger Lähmung trat mit einer Ausnahme nur dann auf, wenn rechts außer Lähmung noch Sensibilitätsstörungen und Tastagnosie bestanden und wenn außer den Zentralwindungen auch der Scheitellappen nach Lage der Wunden als verletzt anzunehmen war. Die dem rechten Gehirn zufließenden, das



Handeln der linken Extremitäten regelnden Anleitungen kommen demselben daher nicht aus den linksseitigen Zentralwindungen, sondern aus dem linken Scheitellappen zu. Wenn eine rechtsseitige Lähmung ohne Beteiligung des linken Scheitellappens linksseitige Dyspraxie nach sich zieht, so müssen Nebenverletzungen der aus dem unteren Scheitellappen kommenden Balkenfasern entweder im tiefen Mark oder im Balken selbst vorliegen. Diese Deutung ist sehr wahrscheinlich für zwei Fälle des Vortr., die eine linksseitige Dyspraxie mit Lähmung beider Füße bzw. Beine infolge eines Tangentialschusses auf der Scheitelhöhe zeigten.

V. Parietale Akinese.

Auf Grund von zehn Verletzungen der Scheitellappen ist anzunehmen, daß der hintere Scheitellappen, und zwar vornehmlich der linke, Einrichtungen enthält, deren Ausschaltung zu Bewegungslosigkeit bzw. Bewegungsarmut des ganzen Körpers mit Katalepsie führt. Die parietale Akinese ist eine Erscheinung für sich, unabhängig von Apraxie, Sensibilitäts- und Sehstörungen.

VI. Aphasie.

1. Motorische Aphasie. Bei Verwundungen, die den Fuß der linken vorderen Zentralwindung und die *Broca*sche Stelle betrafen, trat meistens keine motorische Aphasie, sondern eine Dysarthrie auf. Wortstummheit war selten und dann nur vorübergehend. Wenn sie länger bestehen blieb, so lagen stets umfangreichere Hirnverletzungen vor, die außer der motorischen Sprachregion besonders häufig den Schläfelappen betrafen. Dann waren auch Zeichen von Worttaubheit, Paraphasien, Störungen der Schriftsprache beigemengt.

2. Sensorische Aphasien. Bei Verletzungen des linken Schläfelappens wurde vereinzelt reine Worttaubheit, häufiger das gewöhnliche Bild der Wortklangtaubheit mit Paraphasien, nicht ganz so häufig Wortsinntaubheit oder ein der Leitungsaphasie mehr oder weniger entsprechendes Bild beobachtet. Amnestische Aphasie war als reine Form sehr selten; fast immer lagen, wenn auch geringe, Zeichen gestörten Wortsinnverständnisses vor, sodaß die amnestische Aphasie zum mindesten sehr oft nur eine abgeschwächte oder weitgehend zurückgebildete Wortsinntaubheit darstellt. Bei der Wortamnesie ist nicht, wie gewöhnlich angegeben wird, die Findung der konkreten Sachbezeichnungen hauptsächlich behindert. Am schwersten sind vielmehr durchschnittlich die Bezeichnungen abstrakter Begriffe betroffen, ihnen folgen die Namen der Körperteile, dann erst die Konkreta. Richtig bleibt aber, daß die Substantiva insgesamt schlechter gefunden werden als andere Wortarten, insbesondere als die spezifisch grammatischen Worte. Auch hinsichtlich des Sprachverständnisses ergab sich dieselbe Reihenfolge.

3. Grammatische Sprachstörungen kamen nie bei Verwun-



dungen vor, die auf das Stirnhirn oder die motorische Sprachzone beschränkt waren. Dreimal handelte es sich dagegen um reine Verletzungen des Schläfelappens. In den anderen sieben Beobachtungen lagen die Hirnwunden außerhalb beider Sprachzentren, oder es waren sowohl die motorische wie die sensorische Sprachzone betroffen. Auch rein klinisch traten grammatische Störungen nie in Verbindung mit ausschließlich motorisch-aphasischen Störungen auf, wohl aber viermal mit rein sensorisch-aphasischen Symptomen. Die übrigen Kranken boten Mischbilder motorischer und sensorischer Sprachstörung. Die vom Vortr. in früheren Arbeiten unterschiedenen beiden Arten grammatischer Sprachstörung, der Agrammatismus im engeren Sinne und der Paragrammatismus, fanden sich ungefähr gleich häufig. Die grammatischen Sprachstörungen gehören der temporalen Sprachregion an und sind der Wortamnesie und Paraphasie verwandte Erscheinungen, indem bald die grammatischen Worte und Formen gänzlich unerweckbar sind — Agrammatismus — oder falsche grammatische Bildungen gewählt werden — Paragrammatismus.

4. Temporale Wortstummheit (Transkortikale motorische Aphasie). Bei einer größeren Zahl von Aphasischen war das Spontansprechen aufgehoben oder auf wenige Worte beschränkt. Zuweilen gelang auch ein anderes Wort, mit dem der Kranke dann perseverierte. Dysarthrie fehlte oder war nur vorübergehend nachweisbar. Das Nachsprechen war meist überraschend gut, zeigte aber häufig Paraphasien. Auch das Benennen war weit besser als das Spontansprechen. Beim Benennen und Nachsprechen häufig Perseveration. Die Erschwerung spontaner Äußerungen ging nicht parallel der Länge und Kompliziertheit der Worte, mehrfach dagegen der Schwierigkeit der gedanklichen Vorarbeit. Fast immer waren leichte Zeichen von Worttaubheit vorhanden. Die Hirnverletzungen lagen nie ausschließlich in der motorischen Sprachzone, dagegen war fünfmal ausschließlich der Schläfelappen bzw. dessen Übergangsgebiet zum Hinterhauptslappen betroffen. In den übrigen Fällen lagen die Schädelverletzungen so, daß sowohl die motorische wie die sensorische Sprachzone indirekt beschädigt sein konnte. Das Wesentliche an dieser Sprachstörung ist offenbar eine Schädigung des Schläfelappens, allerdings nicht des *Wernicke*schen Zentrums selbst, sondern der nach hinten und unten von demselben gelegenen Region. Es handelt sich um eine temporale Sprachakinese, ein Gegenstück zur parietalen Körperakinese.

5. Sprechdrang. Einige Male trat ein als Herdsymptom des linken Schläfelappens zu bewertender Sprechdrang auf. Es ließ sich ein paraphasischer, ein bezeichnungsarmer und zugleich echolalischer, sowie ein verbigeratorischer Sprechdrang, letzterer mit Perseveration verbunden, unterscheiden. Mehr oder weniger deutliche Worttaubheit war stets beigesellt. Dem Sprechdrang liegt wahrscheinlich eine Ent-



hemmung des gesamten Sprachapparates, d. h. der *Wernicke*schen und *Broca*schen Stelle zusammen, zugrunde.

VII. Denk- und Rechenstörungen.

In zwei Fällen von paraphasischem und bezeichnungsarmem Sprechdrang bestand zugleich auch ein ideenflüchtiger Rededrang. Die parietale Akinese und die temporale Wortstummheit gingen mit einer Art von Denkhemmung und häufig mit perseveratorischer Denkstörung einher. Daraus kann geschlossen werden, daß Apparate für das Denken in dem Gebiet, in welchem Schläfe-, Scheitel- und Hinterhauptslappen aneinanderstoßen, gelegen sind.

Auch Rechenstörungen als Herdsymptom kamen nur bei Verletzungen des Schläfe-, Scheitel- und Hinterhauptlappens vor, und zwar ebenso oft bei linkshirniger wie bei rechtshirniger Verletzung. Unter den bei Beschädigung des Hinterhauptlappens auftretenden Rechenstörungen fehlten sogar linksseitige Läsionen, zweimal bestanden doppelseitige, sechsmal rechtsseitige Verwundungen. Für das Rechnen hat die linke Hemisphäre demnach kein Übergewicht. Eine bestimmtere Lokalisation ist auf Grund der Erfahrungen an Hirnverletzungen nicht möglich, doch scheint das produktive, nicht gedächtnismäßige Rechnen nach der Psychologie des Rechnens und Rechnenlernens, sowie auf Grund der psychologischen Untersuchungen an Rechenkünstlern eine höhere optische Funktion zu sein.

VIII. Amusie.

Bezüglich der Amusie fehlen dem Vortr. eigene Beobachtungen. Auf die Mitteilungen von *Mendel* und *M. Mann* (motorische Amusie bei Verletzung des Fußes der zweiten rechten Stirnwindung) wird verwiesen.

IX. Stirnhirn.

Rumpfataxie, Nystagmus, Vorbeizeigen konnte nie einwandfrei beobachtet werden. Wo solche Störungen auftraten, waren Mitverletzungen des Kleinhirns, der Brücke oder des Vestibularis nicht sicher auszuschließen. Dagegen sind affektive Störungen ein sicheres und in mehr als $^2/_3$ der frischen Stirnhirnverletzten beobachtetes, jedoch meist vorübergehendes Symptom. Teils handelte es sich um affektive Übererregbarkeit: Reizbarkeit, Überempfindlichkeit, Schreckhaftigkeit, zornmütige Entladungen beim Verbinden, negativistisch ablehnende Gefühlsregungen, heitere Verstimmungen, Witzelsucht — in anderen Fällen lag ein Ausfall an Gemütsregungen (Apathie) vor. Die affektiven Störungen fanden sich ebenso häufig bei links- wie bei rechtsgelegenen Stirnhirnverletzungen. In einem Fünftel der Fälle waren es Querdurchschüsse der beiden Stirnhirne. Die linke Hemisphäre hat für die affektiven Funktionen kein Übergewicht, jedoch auch nicht die rechte. Außer Verände-



rungen der subjektiven Gefühlslage kamen mehrfach auch zwangsmäßige Ausdrucksbewegungen (Zwangslachen, Zwangsweinen, zwangsartige Schreckreaktionen) bei Stirnhirnverletzten vor, und zwar gleich häufig bei doppelseitiger wie bei linksseitiger und wie bei rechtsseitiger Beschädigung.

Manchmal trat ein Ausfall an motorischer, sprachlicher und gedanklicher Regsamkeit auf. Zum Unterschiede von der parietalen Akinese wurde keine Katalepsie beobachtet, ebensowenig Perseveration und Stereotypie. Unterschiede zwischen Sprache und Motilität traten im Gegensatz zur parieto-temporalen Bewegungs- und Spracharmut nicht zutage. Einige Stirnhirnverletzte nahmen abnorme Haltungen, in die sie immer wieder zurückkehrten, ein: diagonale Lage im Bett, Drehung von Kopf und Rumpf nach der einen Seite, Kopfneigung nach links oder rechts, Bauchlage.

Die affektive Übererregbarkeit bei Stirnhirnverletzten mit den hemmungslosen Zorn- und Abwehrentladungen, die zwangsmäßigen Ausdrucksbewegungen zeigen, daß es nicht nur einen frontalen Bewegungsausfall, sondern auch eine Bewegungsunruhe infolge von Stirnhirnverletzung gibt.

Akinese und Hyperkinese können demnach sowohl vom Stirnhirn wie vom Scheitel-Schläfelappen ausgehen.

Bericht von *Forster*: Die psychischen Störungen der Hirnverletzten.

Vortr. stützt sich auf ein Material von mehreren hundert Fällen, die zum größten Teil auf der Nervenabteilung des Marinekorps beobachtet wurden, zum Teil in verschiedenen Feldlazaretten des Marinekorps gleich nach der Verwundung untersucht worden sind. Außerdem hatte er Gelegenheit, durch eine Kommandierung an Speziallazarette für Hirnverletzte in Deutschland auch Patienten längere Zeit nach der Verletzung zu sehen. Vortr. spricht den Leitern dieser Lazarette, die ihm ihr ganzes Material in jeder Hinsicht zur Verfügung stellten, seinen Dank aus; dieser Dank gilt an erster Stelle den Herren Prof. *Pfeifer*-Nietleben und Dr. *Poppelreuter*-Köln, aber auch den Herren Geh. Rat *Bonhoeffer*-Berlin, Prof. *Brodmann*-Nietleben, *Leubuscher*-Hoppegarten, *Aschaffenburg*-Köln.

Vortr. bespricht zunächst die Störungen, die sofort im Anschluß an die Verletzung auftreten, um später auf diejenigen Erscheinungen einzugehen, die auftreten, wenn das akute Krankheitsbild abgeklungen und der chirurgische Prozeß ausgeheilt ist. Aus Friedenszeiten ist bekannt, daß die häufigste psychische Störung nach Schädelverletzungen die sogenannte traumatische Psychose mit dem *Korsakoff*schen Syndrom darstellt. Es muß demnach Erstaunen erregen, wenn *Allers* zu dem, wie er selbst sagt, überraschenden Resultat kommt, daß bei der Musterung seiner Krankengeschichten auf das Vorkommen der Kommotionspsychose

hin das Ergebnis ein durchaus negatives war. Im Gegensatz zu ihm fand *Berger*, daß die retrograde Amnesie als Zeichen einer mehr oder weniger ausgeprägten Kommotionspsychose zu den regelmäßigen Vorkommnissen gehören; Vortr. hat bei 100 seiner Fälle ohne Auswahl die Angaben über Amnesie zusammengestellt. Er findet folgende Zahlen:

25 Patienten blieben bei völlig klarem Bewußtsein,

18 Patienten waren nur für einen Moment bewußtlos oder wurden erst längere Zeit, zwei und mehr Stunden nach der Verwundung, bewußtlos,

36 Patienten wissen die Verwundung und wurden dann sofort, meist für lange Zeit, bewußtlos,

21 Patienten wissen von der Verwundung nichts. Sie waren sämtlich schwer bewußtlos. Bei einigen dieser Patienten erstreckt sich die retrograde Amnesie noch über längere Zeit vor der Verwundung.

Diese Erfahrungen stimmen demnach viel mehr überein mit denen *Bergers* als mit denen von *Allers*. Wenn man, wie *Allers* dies tut, sich an die Definition *Schröders* hält, daß die Kommotionspsychose das protrahierte Durchgangsstadium von der Bewußtlosigkeit zur endgültigen Aufhellung sei, so müssen natürlich alle Fälle, bei denen keine Bewußtlosigkeit vorgelegen hat, für den Vergleich mit den Friedenskopftraumen fortfallen. Das sind hier 43 Patienten. Von den übrigbleibenden 57 finden sich bei 21 die Zeichen einer Kommotionspsychose, das ist sicher nicht wenig und es dürfte kaum ein Unterschied gegenüber den Kopftraumen mit Bewußtlosigkeit in Friedenszeiten vorliegen. Man wird aber den tatsächlichen Verhältnissen mit der *Schröder*schen Definition nicht voll gerecht. Auch bei geringen Traumen können trotz Fehlens äußerer Verletzungen schwere Zertrümmerungen und Zerreißungen der Hirnsubstanz vorliegen, die zwar gewisse Prädilektionsstellen haben (Umgebung der Ventrikel, Spitze der Schläfelappen), aber in allen Gegenden des Hirns angetroffen werden können. Solche Zertrümmerungen des Hirns sind natürlich klinisch nicht bedeutungslos. Bei den Veröffentlichungen über die Klinik der Hirnerschütterungen wird meist viel zu sehr auf die Fälle Bezug genommen, bei denen keine groben Verletzungen gefunden wurden. Die Hirnerschütterung wird deshalb zu sehr als eine Allgemeinstörung des Hirns, die nicht auf grob anatomischer Basis beruht, aufgefaßt, und es wird deshalb (*Reichardt* ausgeschlossen) viel zu wenig der Versuch gemacht, die Erscheinungen nach dem Lokalisationsprinzip einzuteilen und zu analysieren. Dies muß wundernehmen, da schon die älteren Autoren sich gefragt haben, an die Schädigung welchen Hirnteils die Bewußtlosigkeit geknüpft ist. *Kocher* macht die Medulla oblongata für das Zustandekommen der Bewußtlosigkeit verantwortlich, eine Auffassung, die neuerdings durch Experimente von *Breslauer* gestützt wird. Wir müssen jedenfalls zu dem Resultat kommen, daß auch in Fällen,



in denen grob anatomische Zerstörungen nicht vorliegen, die Schädigung, die für die einzelnen Komponenten der klinischen Ausfallerscheinungen in Frage kommt, lokalisiert ist. Daß dies für grob anatomisch nachweisbare Zerstörungen erst recht der Fall sein muß, ist klar. Neben diesen Schädigungen der Hirnsubstanz gehen aber mit jedem Schädeltrauma noch andere pathologische Prozesse einher. Besonders zu erwähnen ist hier die nie fehlende begleitende Meningitis serosa, aber auch sub- und epidurale Blutungen, welch letztere allerdings ebenso wie etwaige Infektion der Meningen infolge der stürmischen Erscheinungen meist auch schon früher (im Gegensatz zur Meningitis serosa) gewürdigt worden sind. Diese letzteren wurden meist als Komplikationen behandelt, ebenso wie diejenigen Herdsymptome (Hemianopsie, Aphasie, Apraxie usw.), die aus dem Bilde der sogenannten traumatischen Psychose herausfallen. Sobald man nach den oben angedeuteten Gesichtspunkten zu analysieren versucht, wird man finden, daß diese sogenannten zerebralen Symptome nur bald mehr, bald weniger ausgeprägte Teilsymptome darstellen von lokalisierten Ausfallsymptomen infolge lokaler Gewebsschädigung, die je nach der Lokalisation bald mehr, bald weniger deutlich aus den die traumatische Psychose zusammensetzenden Einzelsymptomen abzugrenzen sind. Einige, wie Apraxie und Aphasie, werden als solche leicht erkannt, während andere, wie optisch räumliche und zum Stirnhirn- und Kleinhirnsystem gehörende Ausfallerscheinungen leicht als allgemein psychotische Symptome gedeutet werden können.

Wenn auch die Bewußtlosigkeit auf eine vorübergehende Schädigung der Medulla oblongata zurückgeführt werden muß, so zeigt sich doch, daß die sich daran anschließende Benommenheit und das folgende amnestische Stadium im Zusammenhang steht mit gesteigertem Hirndruck, der wieder von der begleitenden Meningitis serosa abhängig ist. Außerordentlich häufig jedenfalls findet man bei den frischen Hirnverletzten mit psychischen Störungen mehr oder weniger ausgeprägte Stauungspapillen und gesteigerten Druck der Zerebrospinalflüssigkeit. Da das amnestische Stadium mit *Korsakoff*schem Syndrom bei diesen Fällen eine große Ähnlichkeit zeigt mit dem gleichen Symptomenkomplex bei Hirntumoren, und zwar unabhängig vom Sitz des Tumors, erscheint es naheliegend anzunehmen, daß der gesteigerte Hirndruck in dem beschädigten Hirn beim Zustandekommen dieses Symptomenkomplexes eine Rolle spielt. Bei der Resorption von Hämatomen kann es zu Resorptionsfieber kommen, gelegentlich ebenfalls mit symptomatischen Psychosen, wobei vielleicht die Resorption des Blutes noch eine toxische Wirkung ausüben könnte. Hirndruck kann außer durch Hämatome und seröse Meningitis natürlich auch durch fieberhafte eitrige Meningitis hervorgerufen werden, die wieder begleitende Infektionsdelirien verursachen kann. Treten wir von diesem Gesichtspunkt an die Fälle heran, so wird es uns nicht wundernehmen können, daß manche Hirn-



schußverletzten trotz schwerer Zertrümmerung des Hirns nicht bewußtlos gewesen sind, während andere mit nur geringfügigen Verletzungen oder nur mit Prellschüssen ohne Schädelverletzungen schwere Bewußtlosigkeit zeigen. Es ist eben eine Frage der Lokalisation und der Kombination von lokalisierten Ausfallerscheinungen mit Allgemeinschädigungen wie Hirndruck usw., daß bei dem einen Patienten schwere psychische Störungen vorliegen, während bei dem anderen solche nicht oder nur schwer nachweisbar sind und die Herdsymptome überwiegen. Die Ausfallerscheinungen sind schon sehr früh nachweisbar und nicht erst als Spätfolgen erkennbar. Die Bewußtlosigkeit muß wohl meist als ein Herdsymptom der Medulla oblongata aufgefaßt werden. Unter den 100 oben genannten Fällen befinden sich viel mehr Hinterhauptschüsse bei denen mit Bewußtlosigkeit, als bei denen ohne. Die Bewußtlosigkeit kann schwinden, ohne daß irgendwelche Allgemeinerscheinungen, irgendwelche psychotische Symptome sich zwischen die Bewußtlosigkeit oder das Stadium der endgültigen Aufhellung eingeschoben hätten.

Wenn diese Aufhellung langsam erfolgt, so daß das Bild der traumatischen Psychose entsteht, kann man sehr häufig neben Allgemeinstörungen schon in diesem Stadium Herdsymptome, die dem Krankheitsbild ein charakteristisches Gepräge geben, erkennen. Die Kommotionspsychose verliert demnach viel von ihrer Einheitlichkeit: sie besteht aus Allgemeinerscheinungen, die durch den Hirndruck infolge von Meningitis serosa, infektiösen Prozessen oder Hämatomen zustande kommen. Das Hirn reagiert auf diese Allgemeinstörungen durch symptomatische Psychosen. Der amnestische Symptomenkomplex scheint die häufigste symptomatische Psychose bei einfachem Hirndruck zu sein, während schwere Erregungszustände und delirante Bilder mehr bei den infektiösen Prozessen, vielleicht auch bei Blutungen vorkommen. Bei Fällen mit eitriger Meningitis und Fieber kommen häufig ausgeprägte Fieberdelirien zur Beobachtung, nicht selten mit rhythmischem Schreien, wie dies auch sonst bei symptomatischen Intoxikationspsychosen (*Bonhoeffer*, *Schröder*) beobachtet worden ist. Ausgeprägte symptomatische Psychosen wurden bei Abszeßbildung gesehen, besonders wenn die spezielle Lokalisation des Abszesses im Stirnhirn dem Krankheitsbild durch das Hinzufügen von Lokalsymptomen eine katatone Färbung gab.

Die durch Zerstörung des Hirns (durch direkte oder indirekte Schußwirkung) bedingten Herdsymptome geben der traumatischen Psychose von Anfang an ein jeweils charakteristisches Gepräge. Besonders bemerkenswert ist die räumlich-optische Störung, die mit Merkfähigkeitsdefekten, Orientierungsstörungen und charakteristischen Lese- und Schreibstörungen einhergeht. Solche Patienten werden oft noch für benommen und geistig nicht normal erklärt, auch wenn sie keine Zeichen von Bewußtseinstrübung mehr zeigen. Die Lesestörung ist kurz folgende: Patienten können zwar lesen, zeigen aber in schweren Fällen schon eine



große Schwierigkeit, die einzelnen Buchstaben zu Worten zusammenzusetzen. In leichteren Fällen können sie die Worte zwar meist gut lesen, sind aber nicht imstande, sich beim Lesen räumlich zu orientieren, so daß sie Worte überschlagen und von einer Zeile in die nächste geraten, ohne den Anschluß wiederfinden zu können. Auf der Uhr können die Patienten sich nicht orientieren. Beim Schreiben bringen sie meist nur mühsam Striche und Kritzler zusammen, in denen aber Teilformen der Buchstaben erkennbar sind. *Reichardt* faßt das *Korsakoff*sche Syndrom auch als eine Folge dieser Herdverletzung auf. Es muß aber daran festgehalten werden, daß nur diese räumlich-optischen Störungen ein Herdsymptom sind, die zwar häufig, aber nicht notwendig mit dem *Korsakoff*schen Syndrom verbunden sind. Das *Korsakoff*sche Syndrom ist, wie erwähnt, als Folge des Hirndrucks aufzufassen.

Weitere Komplexe von Herdsymptomen, die häufig dem Bilde der Kommotionspsychose beigemengt sind und nicht von ihr getrennt werden, sind Stirnhirnsymptome, besonders das Symptom des Mangels an Antrieb. Das Herdsymptom des Mangels an Antrieb verbunden mit kataleptischen Symptomen oder Symptomen eigenartiger Muskelrigidität ist bei Stirnhirnverletzungen im Kriege von verschiedenen Autoren geschildert worden. Oft wurde es als katatonisches Krankheitsbild beschrieben, besonders dann, wenn durch das Auftreten einer symptomatischen Psychose im Anschluß an Abszeß oder Meningitis die Bewegungshemmung zeitweise durchbrochen wurde und sogar in Erregungszustände umschlug. Das Symptom des Mangels an Antrieb bedingt keine generelle Unfähigkeit zu Bewegungen, sondern kann sogar einer ausgesprochenen Hyperkinese Platz machen, wenn andere krankhafte Symptome hinzutreten. Dies Herdsymptom des Mangels an Antrieb wurde auch mit Interesselosigkeit resp. Apathie verwechselt. *Allers* schildert einen sogenannten apathischen Symptomenkomplex, den er für unabhängig von der Kommotionspsychose hält, und von dem er annimmt, daß er als ein spezifisches Syndrom irgendwie mit uns heute noch unbekannten Be onderheiten der intrakraniellen Verhältnisse nach Schädelschuß zusammenhänge. Man kann aber aus den von *Allers* wiedergegebenen Fällen nichts anderes Gemeinsames herausheben, als das Bild des Mangels an Antrieb. Bei 12 von seinen 18 Fällen handelte es sich um sichere oder äußerst wahrscheinliche Stirnhirnverletzungen. Bei diesen lag, soweit sich aus den kurzen Krankheitsgeschichten entnehmen läßt, mit größter Wahrscheinlichkeit das Symptombild des Mangels an Antrieb vor. Bei den übrigen 6 Fällen (Fall LXVI, LXX, LXXXVIII, XC, XCI, IC) findet sich nichts von Mangel an Antrieb, dafür besteht auch nur bei Fall LXX die Möglichkeit einer Stirnhirnbeteiligung, während es sich bei den anderen 5 Fällen um Verwundung des hinteren Schädels handelt. Durch die Mitbeziehung dieser letzteren Fälle aber und die gemeinsame Schilderung des Krankheitsbildes und durch das Hineindeuten von nicht

bewiesenen psychischen Ursachen in den psychomotorischen Bewegungsmangel kommt es dazu, daß das Syndrom des Mangels an Antrieb in den *Allers*schen Fällen zwar erkennbar, aber nicht prägnant in der Schilderung herausgehoben und beschrieben worden ist. Das Symptom des Mangels an Antrieb scheint nur an eine relativ kleine Stelle ungefähr in der Mitte der zweiten Stirnwindung gebunden zu sein. Andere Stirnhirnsymptome, Agrammatismus und übergeordnete Funktionen, die wir noch nicht genau kennen, spielen bei Stirnhirnverletzungen ebenfalls eine Rolle und bedingen eine eigenartige Färbung des psychischen Krankheitsbildes, besonders wenn durch Infektion oder Abszesse zum lokalisierten Ausfall eine allgemeine Schädigung des Stirnhirns hinzutritt. Bei infizierten Stirnhirnschüssen kommen die ausgeprägtesten psychotischen Krankheitsbilder zur Beobachtung, sodaß Zustandsbilder, die der Dementia praecox gleichen, resultieren. Die Neigung zu Zoten und zum Witzeln, die als Stirnhirnsymptom beschrieben wurde, ist dies wohl nur insofern, als bei zu Zoten und Witzen neigenden Leuten diese Neigung, vielleicht infolge des Fortfallls von Hemmungen, besonders zum Durchbruch kommt, wenn zu Stirnhirnverletzungen eine symptomatische Psychose hinzukommt.

Es folgt nun die Schilderung des zweiten Stadiums, in dem die akuten Erscheinungen, die Periode der eigentlichen Kommotionspsychose, abgeklungen sind. Meist klingt das amnestische Stadium in der Weise, wie es auch von *Schröder* geschildert wird, allmählich ab. Manchmal haben die Patienten selbst die Empfindung, ganz plötzlich, wie aus einem Schlaf, aufgewacht und völlig klar zu sein. Dies wird manchmal auch später angegeben, trotzdem die ärztliche Beobachtung keinerlei Veränderung in dem Bewußtseinszustand ergeben hatte. In diesem Stadium treten die Herdsymptome deutlich hervor, obwohl auch sie sich meist erheblich zurückbilden. Die Ausfallerscheinungen sind meist geringer, als man sie nach der Schwere der Hirnverletzung erwarten sollte. In diesem Stadium werden die oben erwähnten Herdsymptome leicht für Allgemeinstörungen gehalten, besonders wenn eine speziell darauf gerichtete Untersuchung ausbleibt. Sehr häufig finden sich im zweiten Stadium Komplikationen. Es kann zu Nachblutungen, zu Abszessen mit begleitender Meningitis serosa, zu eitriger Meningitis kommen, manchmal im Anschluß an plastische Operation. Der auf diese Weise entstehende Hirndruck oder die eitrige Meningitis usw. bedingen dann wieder dieselbe Schädigung, wie sie im akuten Stadium beschrieben worden war, und das Hirn reagiert auf sie wieder mit ausgesprochenen symptomatischen Psychosen. Es kann vorkommen, daß heftige delirante Erregungszustände zuerst auf eine Nachblutung aufmerksam machen.

Eine häufige Komplikation in diesem Stadium ist die traumatische Epilepsie. Sie tritt häufig einige Monate, aber auch erheblich später nach der Verwundung auf. Die bei ihr beobachteten psychischen Störun-

gen weichen nicht von den im Frieden beobachteten Bildern ab. Allerdings wurden schwerste furibunde Erregungszustände und echte Dämmerzustände bisher vom Vortr. nicht beobachtet, was aber nur an der Kürze der Zeit liegen dürfte. Sehr häufig, fast regelmäßig findet sich bei den Verletzten Alkoholintoleranz, etwas, was wahrscheinlich auch schon abhängig ist von einer epileptischen Komponente. Nach den Angaben der Patienten hatte Vortr. jedenfalls den Eindruck, daß die an traumatischer Epilepsie leidenden Hirnschußverletzten intoleranter gegen Alkohol sind als die anderen. Es wurden auch Hirnschußverletzte ohne Epilepsie gesehen, die selbst angaben, Alkohol genau so zu vertragen wie früher. Häufig kommen geringe epileptische Erscheinungen im Sinne der petit mal-Anfälle zur Beobachtung. Man muß sich aber davor hüten, jeden Schwindelanfall für epileptisch zu erklären, bei genauer Untersuchung läßt sich der subjektive funktionelle Schwindel sehr gut vom epileptoiden Schwindelanfall unterscheiden.

Die gesteigerte Reizbarkeit ist das häufigste, wohl nie fehlende psychische Symptom aller an Epilepsie leidenden Patienten, häufig auch findet es sich bei Patienten mit kortikaler Epilepsie vom *Jackson*schen Typus.

Vortr. kommt nun zur Schilderung des Endstadiums, das heißt zum Zustandsbild, das vorliegt, wenn die chirurgische Heilung eingetreten ist, alle akuten und subakuten Symptome abgeklungen sind und nur mehr die definitiven Ausfallerscheinungen überbleiben. Die besonders von *Aschaffenburg* vertretene Ansicht, daß bei allen Hirnverletzten ohne Ausnahme psychische Störungen zurückbleiben, ist in dieser Form sicher nicht richtig. Wir kennen schon von Friedenszeiten her Patienten, die einen Selbstmordversuch gemacht haben und nun mit Revolverkugeln in einer stummen Gegend des Hirns umherlaufen, ohne daß sich ihr psychischer Zustand durch die Hirnverletzung irgendwie geändert hätte. Ähnliche Fälle gibt es auch bei den Kriegs-Hirnverletzten. Vortr. führt unter anderen einen Patienten an, den er auf der Abteilung von *Poppelreuter* gesehen hat und der eine Hirnverletzung nach Schußwunde über dem hinteren Teil des l. Scheitelbeins davongetragen hatte. Er hatte anfänglich schwere intellektuelle Minderleistungen gezeigt, gab aber jetzt in der Kopfverletztenschule, in der er selbst früher Schüler gewesen war, Unterricht. Er gibt selbst an, daß er früher ein ungebärdiger Geselle gewesen sei, er sei als Lehrer wegen Trunkenheit verwarnt und aus dem Dienst entlassen worden. Jetzt habe sich seine Willensstärke bedeutend gebessert durch das geregelte Leben, das er führe, und weil er sehe, wie es manchem schlechter gehe als ihm. Er trinke jetzt nichts mehr. Die Leistungen dieses Patienten in der Schule sind sehr gut. Er dirigiert auch einen Chor und macht Gelegenheitsgedichte. Man sieht hier also, daß trotz eines Kopfschusses der Charakter sich gefestigt und die Leistungen sich gebessert haben. Solche Fälle sind natürlich



Ausnahmen. Es ist aber völlig falsch, sich von Hirnverletzten alle subjektiven Klagen vorerzählen zu lassen, sie noch nach allen möglichen Beschwerden zu fragen, dann alles zu notieren und so zu dem Schlusse zu kommen, alle Hirnverletzten hätten psychische Allgemeinstörungen. Auf diese Weise erhält man nur ein Gemisch von infolge von Begehrungsvorstellungen vorgebrachten subjektiven Beschwerden und von Beschwerden infolge von einzelnen Ausfallerscheinungen. Man muß auch hier sorgfältig die Herdsymptome von den psychogenen Zutaten trennen und darauf achten, welche Störungen die notwendigen Folgen bestimmter Ausfälle sind. So zeigt sich z. B., daß Rechenstörungen zwar eine regelmäßige Begleiterscheinung aller aphasischen, besonders alektischen Störungen sind, daß sie aber keineswegs eine Allgemeinstörung der Hirnverletzten darstellen, da bei Stirnhirnverletzten oder Verletzten der Sehsphäre mit Skotomen oder hemianopischen Defekten die Rechenfähigkeit eine sehr gute sein kann. Alle Ausfallsymptome bedingen nicht nur durch den Ausfall an sich, sondern auch dadurch, daß durch ihren Ausfall der Mechanismus gestört wird, bestimmte, oft als Allgemeinstörung imponierende psychische Störungen, ein Vorgang, der mit der sogenannten Diaschise nichts zu tun hat. Dies gilt auch für die Affektivität. Vortr. hat schon seit Jahren darauf hingewiesen, daß die Affekte nicht etwas prinzipiell Verschiedenes gegenüber den Vorstellungsbegriffen darstellen, sondern nur Komplexe von Vorstellungen sind, in denen Vorstellungsreihen, die sich mit dem körperlichen Ich beschäftigen und in letzter Linie zurückgeführt werden können auf Erinnerungsbilder vom Schmerzsinn, eine besondere Rolle spielen. Diese Anschauungen, die aufgebaut sind auf der Lehre von *v. Frey* über den Schmerzsinn, und die übereinstimmen mit den Anschauungen, die von *v. Frey* selbst in einem Vortrage in der hiesigen Universität dargelegt sind, sind zwar bisher wenig anerkannt worden. Ihre Richtigkeit hat sich aber bei eingehenderem Studium immer mehr bewährt und sich auch bei den Erscheinungen der Hirnschußverletzten offenbart. Das psychische Verhalten, die allgemeine Wesensveränderung von Hirnschußverletzten zeigt bei Patienten mit gleichen Ausfallsymptomen auch ein ähnliches Verhalten und läßt sich erklären durch den Fortfall bestimmter Assoziationsmöglichkeiten. Dies zeigt sich besonders deutlich z. B. bei Sehhirnverletzten. Das Bild entspricht natürlich ganz dem bei entsprechenden Ausfallerscheinungen auch im Frieden gesehenen, was sich besonders bei den auch im Frieden schon so viel untersuchten Aphasischen zeigte.

Bei den Patienten mit Verletzung der Zentralgegend, auch dann, wenn keine epileptischen Störungen nachweisbar waren, wurden häufig schwere affektive Störungen gefunden. Diese Patienten sind reizbar und neigen zu impulsiven Wutausbrüchen. Wir finden bei Patienten mit Verletzungen dieser Lokalisation ausgeprägte vasomotorische Störungen, die zweifellos von Bedeutung sind für das Zustandekommen dieser ge-



steigerten Reizbarkeit. Vortr. hatte schon früher darauf aufmerksam gemacht, wie die sogenannten körperlichen Begleiterscheinungen der Affekte nichts anderes darstellen als reflektorische Vorgänge, die abhängig sind von bestimmten Vorstellungen, die in diesen Affekten enthalten sind, und wie rückwirkend wieder diese körperlichen Veränderungen die Veranlassung sein können, daß die gleichen Vorstellungsreihen geweckt und so die entsprechenden Affekte zustande kommen. Ein derartiger Vorgang scheint bei den Hirnverletzten dieser Lokalisation vorzuliegen. Die von Verletzung der Zentralgegend abhängigen vasomotorischen Störungen sind lokalisiert. Ein Patient mit *Jackson*schen Anfällen der rechten Hand, die auf das rechte Bein übergriffen, hatte ausgesprochene vasomotorische Störungen nur am rechten Fuß und Unterschenkel. Hier bestand keine gesteigerte Reizbarkeit. Es ist vielleicht möglich, daß die gesteigerte Reizbarkeit an eine bestimmte Lokalisation der vasomotorischen Störungen geknüpft ist, jedoch reicht das Material zur Beurteilung nicht aus.

Bemerkenswert ist auch die Wechselwirkung zwischen affektiven Vorstellungen und körperlichem Zustand bei den Patienten mit Mangel an Antrieb. Obwohl das Symptom des Mangels an Antrieb das primäre ist, bewirkt die Bewegungslosigkeit rückwirkend wieder, daß die Patienten weniger denken und wahrnehmen, und daß dadurch wieder die Neigung, in der Bewegungslosigkeit zu verharren, gesteigert wird. Der Mangel an Antrieb bremst die Unternehmungslust. Daraus resultiert eine Einengung der Denkvorgänge, die zu einer direkten Verkümmerung führt. Dabei verhalten sich die Patienten aber ganz anders als die Sehhirnverletzten, die sich auch still und wenig unternehmungslustig zeigen.

Obwohl sich die Ausfallerscheinungen, wie schon erwähnt, meist erheblich zurückbilden, kann doch auch durch Übung und Schulung nicht erreicht werden, daß diese gänzlich schwinden. Durch die hier erreichte gesteigerte Leistungsfähigkeit kann aber die Stimmung gebessert werden. Die Prüfung der Leistungsfähigkeit ist nur durch genaue Methoden möglich, wie sie an Speziallazaretten für Hirnverletzte angewandt werden, in ausgedehntestem Maße von *Poppelreuter*. Manche als subjektive Klagen gedeuteten Beschwerden finden dann ihre Erklärung. Schwankungen, die im einzelnen Falle als normal erscheinen können, müssen, wenn sie regelmäßig bei bestimmten Hirnverletzten, Stirnhirnverletzten, vorkommen, als pathologisch aufgefaßt werden.

Es wird nun noch auf die psychogenen Zutaten eingegangen. Es zeigt sich klar, wie das Zustandekommen von ausgeprägten hysterischen Symptomen nur von der Reaktion der Umgebung auf das Gebaren des Patienten abhängig ist. Bei frischen Schwerverletzten werden demgemäß hysterische Zutaten nicht gefunden, da erstens für solche Patienten keinerlei Veranlassung besteht, hysterische Symptome zu produzieren und zweitens die Schwere der Verletzung fast nie zuläßt, daß die zur Produk-



tion von hysterischen Störungen immerhin notwendige Konzentration und Energie auftritt. Je leichter dagegen die Hirnverletzung, je größer also die Gefahr, geheilt entlassen zu werden, desto leichter tritt die hysterische Reaktion ein. Erst schüchtern und dann immer deutlicher, wenn der gewollte Erfolg eintritt. Wird dagegen durch eine energische Zurechtweisung eine solche Tendenz im Keime erstickt, so bleibt die hysterische Reaktion aus. Bei geeigneter Umgebung können auch bei schwerer Hirnverletzung hysterische Symptome, wie Mutismus und Abasie usw. auftreten, die dann aber leicht zu beseitigen sind bei geeigneter Behandlung. Von hysterischen Symptomen kann alles vorkommen, was es überhaupt gibt. Das häufigste ist ein wehleidiges Vortragen von allen möglichen subjektiven Klagen. Klagen über Kopfschmerzen und Schwindel fehlen bei solchen Patienten fast nie. Obwohl diese natürlich organisch bedingt sein können, beweist das aber nicht, daß jeder Kopfschußverletzte tatsächlich Kopfschmerzen hat. Aus der Art, wie die Kopfschmerzen geschildert werden und wie der Patient durch Gebärden und Gesichtsausdruck sich bemüht, seine Kopfschmerzen als recht erheblich hinzustellen, ist es für den Psychiater leicht, die hysterischen Pseudokopfschmerzen zu erkennen und durch sein Verhalten dafür zu sorgen, daß Patient eine derartige Klagerei aufgibt. Auf der Abteilung des Vortr., wo auf solche Dinge geachtet wurde, kamen ausgeprägte hysterische Zutaten nicht vor, einzelne leichtere wurden in kürzester Zeit beseitigt. Bei einer ambulanten Vorführung von Hirnverletzten des Bezirkskommandos in der Provinzialberatungsstelle von *Poppelreuter*, der Vortr. beiwohnte, fanden sich dagegen unter 16 Patienten 6 mit hysterischen Zutaten!

Vortr. schließt dann mit Bemerkungen über die sogenannte traumatische Demenz. Er schließt sich der Ansicht *Schröders* an, der sagt, daß offenbar unter der Bezeichnung der traumatischen oder posttraumatischen Demenz sehr verschiedenes zusammengefaßt werde, und daß diese Bezeichnung wenig sage und besser zu vermeiden sei. Es ist anzunehmen, daß bei jedem Fall sogenannter traumatischen Demenz eine genaue Untersuchung gestattet haben würde, die Demenz zu zerlegen und zu analysieren, sodaß eine andere Diagnose hätte gestellt werden können.

Theoretisch mußte erwartet werden, daß unter den Hirnschußverletzten auch Fälle sind, bei denen infolge von Störungen der inneren Sekretionen durch Schädigung der Hypophysis und Epiphysis eine spezifische psychische Veränderung aufgetreten wäre. Solche Fälle sind aber vom Vortr. nicht beobachtet worden.

Nachmittagssitzung am 25. April 1918

Bericht von *M. Reichardt*-Würzburg: Hirnschwellung.

Die Hirnschwellung gehört gleichfalls zu den Folgen der Hirnverletzungen. Bei den Hirndruckerscheinungen Hirnverletzter sind offen-



bar Hirnschwellungsvorgänge häufige Vorkommnisse. Möglicherweise treten sie auch unabhängig von dem eigentlichen Hirndruck auf. — Die individuellen Verschiedenheiten der Schädelinnenräume und somit auch des Hirngewichtes ohne Schwund und Schwellung sind außerordentlich häufig und beträchtlich. Aus dem bloßen Hirngewicht kann man daher die Hirnschwellung nicht diagnostizieren, ebensowenig meist aus dem bloßen Augenschein. Die konsequente Bestimmung des Schädelinnenraumes an der Leiche ist zum Nachweis der Hirnschwellung notwendig. Das sogenannte Hirnödem ist eine viel seltenere Erscheinung, innerhalb wie außerhalb der Psychiatrie, als die Hirnschwellung. Die klinischen Symptome derselben können u. a. sein: Hirndruckerscheinungen, Bewußtseinsstörungen, epileptiforme Erscheinungen, katatonische Symptomenkomplexe, der plötzlich eintretende Tod aus zerebraler Ursache. Innere, ihrem Wesen nach unbekannte (zum Teil aus dem verschiedenen Verhalten des Liquors, der Konsistenz, des spezifischen Gewichtes, der Verlaufsart erkennbare) Hirnvorgänge sind die Ursachen solcher Verschiedenheiten. Eine besondere Lokalisation der Hirnschwellung ist die sogenannte innere Schwellung (Verengerung der Ventrikel, besonders in der Höhe des Thalamus). Hier scheint es sich um einen besonders lebensgefährlichen Zustand zu handeln, welcher vor allem im Zusammenhang mit epileptiformen und katatonischen Erscheinungen beobachtet wird. Hirnschwellung ist nicht gleichbedeutend mit Hirndruck. Es gibt Hirnschwellungen ohne Hirndruck, ebenso wie es einen Hirndruck ohne Hirnschwelllung gibt.

Meist jedoch pflegt die gleicne exogene Ursache, weiche zur Hirnschwellung führt, auch zur aktiven Liquorvermehrung den Anlaß zu geben. Diese Kombination ist dann die Ursache des klinischen Symptomenkomplexes des Hirndruckes. Dementsprechend ist es überwiegend wahrscheinlich, daß auch bei der Meningitis serosa, der nicht-eitrigen Enzephalitis und bei vielen Fällen von sogenanntem Hirnödem — gerade auch im Gefolge von Hirnverletzungen — neben der Liquorvermehrung auch Hirnschwellungsvorgänge auftreten. Die meisten Hirnschwellungen bei Hirnverletzten sind infektiöser Entstehung. Außerdem scheint es aber auch Hirnschwellungen aus rein mechanischer Ursache zu geben. Die Hirnschwellung kann ferner nur lokal auftreten (wichtig für die Lokalisationslehre). Besonders werden Hirnschwellungsvorgänge von Herderkrankungen an der Hirnbasis oder im Gebiete des Rautenhirnes und obersten Halsmarkes ausgelöst. Die Bewußtlosigkeit bei der Hirnerschütterung ist wahrscheinlich ein Rautenhirnsymptom (wie Vortr. schon 1912 angenommen und wie es neuerdings *Breslauer* bestätigt hat), wobei möglicherweise im Gefolge der Oblongataschädigung universelle Hirnschwellungsvorgänge usw. eintreten und dem klinischen Symptomenkomplex der Hirnerschütterung zum Teil zugrunde liegen. Ähnliches gilt vielleicht auch vom Schock.



An Kranken mit Hirnschwellungen lassen sich oft konstitutionelle Faktoren nachweisen: Relative Mikrozephalie, auffallend hohes spezifisches Gewicht des Schädeldaches und individuelle chronische Neigung zur Hirnschwellung, erkennbar aus dem inneren Relief der Hirnwindungen, welche sich an der Innenfläche des Schädeldaches abdrücken. Da wahrscheinlich beim kindlichen Gehirn ein stärkeres Ausgeprägtsein des Windungsreliefes noch physiologisch ist, so könnte man — sofern diese Erscheinung bei Erwachsenen in stärkerem Maße vorhanden ist — auch von einem infantilen Symptom sprechen. Es gibt dementsprechend möglicherweise Menschen, welche im allgemeinen als hirngesund erscheinen können (vielleicht aber auch zu habituellem Kopfweh, Migräne, leichterem Auftreten von Infektionsdelirien oder epileptiformen Erscheinungen neigen), und bei denen die Differenz zwischen Schädelinnenraum und Hirn eine etwas geringere (8—6 %), d. h. also das Hirn dauernd (aus konstitutionellen Gründen) etwas geschwollen ist. Derartige konstitutionelle Faktoren würden es verständlich machen, daß diese Menschen zu Hirnkrankheiten, welche mit Hirnschwellungen einhergehen, in besonderem Maße disponiert sind.

An die drei Referate *Kleist*, *Forster*, *Reichardt* wird, weil inhaltlich nahestehend, angeschlossen der Vortrag von

K. Brodmann-Halle: Individuelle Variationen der Sehsphäre und ihre Bedeutung für die Klinik der Hinterhauptschüsse:

Das mit der klinischen Sehsphäre räumlich zusammenfallende histologische Sehfeld (Area striata, Gebiet des Kalkarina-Typus) weist, wie Massenuntersuchungen ergeben haben, eine weitgehende, auch für die spezielle Lokalisationslehre, namentlich die Symptomatologie der Okzipitalschüsse, bedeutungsvolle individuelle Variabilität seiner Topographie auf.

Die Variationen betreffen, abgesehen von praktisch belanglosen Unterschieden in der Flächengröße, der Verteilung auf die freie und die Furchenrinde und den näheren Beziehungen zum Oberflächenrelief, in der Hauptsache drei Eigenschaften, nämlich 1. die Gesamtlage des Feldes und seine Ausdehnung auf die laterale und mediale Seite der Hemisphäre; 2. die äußere Formgestaltung und 3. das Verhalten der Grenzen zu den Hauptfurchen und -windungen. Es gibt außer einer die Regel bildenden und am häufigsten vorkommenden typischen Grundform alle möglichen Varietäten, die teils nur geringeren Grades sind, teils wirklich atypische Bildungen, teils auch pathologische Formen darstellen. Von den einzelnen Hauptmodifikationen werden Belege an Lichtbildern gegeben. Die patholoIgischen Abarten sollen hier nicht berücksichtigt werden.

I. Hinsichtlich der Lage und Ausdehnung der Area striata kommen folgende physiologische Abarten vor:



1. Die Grundform des Sehfeldes. Sie bildet das regelmäßige Verhalten bei der Mehrzahl aller Gehirne, wie es in früheren Hirnkarten gewöhnlich dargestellt wurde. Die Area striata bildet eine schmale band- oder keilförmige Zone um die Fissura calcarina, nimmt deren beide Lippen ein, erstreckt sich aber nur wenig auf die freie Oberfläche von Cuneus und Gyrus lingualis, bleibt fast ausschließlich auf die Innenseite der Hemisphäre beschränkt und greift kaum vom Pol auf die lateralen Windungen über. Die Kalkarina-Rinde selbst wird hierbei in ganzer Länge, ausgenommen den vordersten Abschnitt des Furchenstammes, vom Sehfeld eingeschlossen.

2. Abweichungen der Breitenentwicklung: Diese bestehen in Verschmälerung oder Verbreiterung des Sehfeldes. Im ersteren Falle liegt die dorsale oder ventrale Grenze der Area striata auf größere Strecken in der Tiefe der Kalkarina, und die angrenzende Oberfläche gehört nicht dem Sehfelde an. In letzterem Falle hat das Sehfeld in vertikaler Richtung einen ungewöhnlichen Umfang und dehnt sich zu beiden Seiten der Kalkarina-Furche weit über die mediale Oberfläche aus, entweder dorsalwärts auf Cuneus, oder ventralwärts auf Lingualis oder auf beide Windungen zugleich.

3. Ungewöhnliche Längenausdehnung des Sehfeldes: Es gibt Gehirne mit auffallend kurzer und umgekehrt solche mit sehr langgestreckter Sehfeldfläche. Im letzteren Falle reicht die Sehrinde im Verlaufe der Kalkarina oralwärts bis in die hintere Balkenebene, so daß der Isthmus limbicus stark verschmälert wird. Auch polarwärts pflegt dann meist eine größere Ausbreitung auf die Außenseite stattzufinden. Im ersteren Falle endet das Sehfeld schon weit hinter der Balkenebene kurz nach der Vereinigung der Kalkarina mit dem Sulcus parietooccipitalis. Der Isthmus ist dabei breit, die Kalkarina meist kurz und bleibt im vorderen Abschnitt auf eine größere Strecke ganz frei von der Sehrinde.

4. Rein mediale Lage der Sehsphäre: Die Sehrinde liegt ausschließlich auf der Innenseite, endet kaudalwärts am Pol und greift überhaupt nicht auf die lateralen Windungen über (in etwa 5 % der Fälle).

5. Lateralisation der Sehfläche. Der Kalkarina-Typus umfaßt einen mehr oder minder großen Anteil der lateralen Konvexitätsrinde. Häufiger und in größerem Umfange trifft dies bei Mitteleuropäern links zu als rechts. In extremen Fällen greift die laterale Sehfeldfläche 5—6 cm weit um den Pol herum nach außen und vorn und ihre vordere Grenze erstreckt sich dann meist in Gestalt eines zungenförmigen, scharf abgegrenzten Läppchens (Operculum occip.) bis nahe an den Scheitellappen heran. In etwa 10 % der Fälle darf eine stärkere Lateralisation vorausgesetzt werden.

6. Basale Ausdehnung des Sehfeldes. Ausnahmsweise und selten erstreckt sich ein Anteil der Sehrinde auf die Basis des Hinterhauptlappens. Dies geschieht meist in Gestalt einer krallen- oder haken-



förmigen Umbiegung des hinteren Endes des Sehfeldes und der Sehfurche nach unten und vorwärts gegen den Gyrus fusiformis zu, wobei an der Unterfläche durch einen bogenförmigen Sulcus marginalis inferior eine Art „basales Operkulum" lappenförmig abgegrenzt wird.

II. Hinsichtlich der äußeren Flächengestaltung der Area striata sind folgende Variationen zu unterscheiden: außer der typischen Band- oder Keilform kommen Halbmond- oder Sichelform, Keulen- und Ballschlägerform, Retortenform, Rautenform, Haken- oder Krallenform, Sanduhr- oder Biskuitform und schließlich ganz unregelmäßig gebildete Flächenbilder vor.

III. Was die topischen Beziehungen der Sehrinde zu den Hauptfurchen betrifft, so werden alle möglichen Variationen, die schon aus der Makromorphologie des Okzipitallappens bekannt sind, beobachtet. Ziemlich gesetzmäßig ist das Verhältnis der Sehfeldgrenzen zur Fissura calcarina, insofern als diese in der Regel inmitten der Sehrinde allseitig umschlossen liegt, ausgenommen ihre vorderste Spitze, die fast ausnahmslos nicht zum Sehfelde gehört. (Man könnte daher diese Furche praktisch als „Sehfurche" bezeichnen.) Aber auch hiervon gibt es Ausnahmen, indem entweder ein größerer Teil des Vorderendes der Furche, selten fast der ganze Truncus calcarinae von Sehrinde frei bleibt oder, was sehr selten ist, indem ein Abschnitt vom Hinterende, sei es vom auf- oder absteigenden Ast der Endgabel, sei es von einem selbständig ausgebildeten Sulcus retrocalcarinus nicht zum Kalkarina-Typus gehört. Die Gestalt des Sehfeldes schließt sich im allgemeinen dem Verlauf der Sehfurche an. Diese hat in der Regel eine horizontale Richtung, bald geradlinig gestreckt, bald bogenförmig gekrümmt, bald mehrfach geknickt, mit oder ohne kaudale Endgabel; seltener besitzt sie eine Art Kreuzform oder spaltet sich in mehrere Äste oder, was äußerst selten vorkommt, sie zerfällt in eine Reihe vorwiegend vertikal gestellter Querfurchen. Ganz unregelmäßig sind die Verhältnisse auf der Außenseite des Okzipitallappens. Die Regellosigkeit bildet hier die Regel sowohl bezüglich des Sehfeldes wie bezüglich der Furchen und Windungen. Man wird in der Hauptsache zwei Abarten unterscheiden können. Entweder bleiben die lateralen Grenzen des Sehfeldes ohne bestimmte topische Beziehungen zu den meist unregelmäßig gestalteten Furchen und Windungen der Konvexität (anthropine Formen der lateralen Sehfläche), was auch bei relativ großer lateraler Ausdehnung der Area striata vorkommt, oder es bildet sich als Grenze der Sehrinde auf der Außenseite des Okzipitallappens eine halbkreisförmige Bogenfurche (Sulcus simialis s. lunatus) um und vor dem Pole aus, welche ein zungenförmiges, die Area striata einschließendes Läppchen (Operculum occipitale laterale) umgrenzt, wie es bei anthropomorphen Affen stets der Fall ist (anthropoide Form des Sehfeldes). Auch diese topographische Modifikation ist an unserm Material links häufiger und stärker ausgeprägt als rechts. Ganz selten



und bisher nur bei Gehirnen von Naturvölkern wurde eine pithekoide Form der lateralen Sehfläche mit vertikal verlaufender vorderer Grenzfurche der Area beobachtet, wie sie sich bei niederen gyrenzephalen Affen findet.

IV. Als letzte, praktisch sehr bedeutungsvolle Variation finden sich Asymmetrien des Sehfeldes. Sie sind häufig und können außerordentlich verschiedenartige Flächenbilder des Feldes auf beiden Hemisphären ergeben. Besonders wichtig ist die größere Häufigkeit und stärkere Ausbildung der Lateralisation der Sehrinde mit oder ohne Operkulumbildung in der linken Hemisphäre. Eine ausgesprochene laterale Sehfläche mit Operkulum kommt beim Europäergehirn fast nur links vor, während diese Bildung bei primitiven Rassen (Afrikanern) meist doppelseitig und rechts in gleichem Umfange wie links angelegt scheint (soweit das vorhandene Material allgemeine Schlüsse gestattet). Aber auch halbseitige Ungleichheiten der Längen- und Breitenentfaltung, der basalen Ausdehnung, der gesamten Flächenform wurden nicht selten bei unserm Untersuchungsmaterial beobachtet.

Die klinische Bedeutung dieser individuellen Variationen liegt in erster Reihe darin, daß durch sie der häufige und mißlich empfundene Mangel an Übereinstimmung in den klinischen Befunden hinreichend aufgeklärt werden kann. Man begegnet bei Untersuchungen von Okzipitalschüssen immer wieder scheinbaren Widersprüchen zwischen äußerem chirurgischen Wundbefund und dem Perimeterergebnis. Bei ganz gleichartig gelegenen äußeren Schädelverletzungen im Okzipitallappen kommen ganz ungleichartige, verschieden große und verschieden gelagerte Gesichtsfeldausfälle vor, bei symmetrischen Durchschüssen unsymmetrische Skotome, bei weit lateral befindlicher Schädelhirnwunde kann ein ausgedehnter hemianopischer Defekt bestehen, obwohl nach Lage der Verletzung ein solcher kaum zu erwarten war, und ohne daß eine Mitverletzung des Markes und der Sehstrahlung vorliegt. Umgekehrt finden sich zuweilen bei Schüssen in der Nähe des Poles, wo man nach dem Befund in andern Fällen schwere homonyme Hemianopsie oder ausgedehnte doppelseitige hemianopische Defekte erwarten sollte, nur ganz geringfügige Skotome. Die Feststellung individueller Ungleichheiten und Asymmetrien in der Anlage, Ausdehnung und Form des Sehfeldes macht diese und ähnliche symptomatologische Unstimmigkeiten vollkommen verständlich.

Auch der auf den ersten Blick befremdliche Umstand, daß trotz häufig beobachteter tiefgreifender Zerstörung beider Okzipitallappen bisher in keinem Falle eine dauernde kortikale Blindheit nachgewiesen werden konnte, erklärt sich aus der Eigenart der topographischen Anordnung des Sehfeldes in gleicher Weise wie die große Seltenheit der Hemianopsia superior. Bei der großen Längenausdehnung der Sehsphäre vom Pole bis zum Balkensplenium muß eine Schußverletzung, um auf beiden He-



misphären die ganze Sehrinde auszuschalten und dadurch vollständige Blindheit hervorzurufen, eine so tiefgreifende Zertrümmerung in beiden Okzipitallappen, namentlich auch größerer Gefäßbezirke verursachen, daß dadurch tiefste Bewußtseinstrübung und alsbald der Tod herbeigeführt wird, sodaß eine etwa entstandene Amaurose oder gar ihr bleibender Bestand nicht zum Nachweise kommen kann. Das gleiche gilt für die Hemianopsia superior mit der in der Sache selbst gelegenen Einschränkung.

Schließlich werfen unsere Feststellungen auch Licht auf die in der Literatur hervorgetretenen Widersprüche über die Lage der klinischen Sehsphäre. Der scheinbar unvereinbare Gegensatz zwischen den Auffassungen von *Henschen* und *Monakow* wird wenigstens für einzelne Fälle durch den Nachweis großer individueller Verschiedenheiten teilweise ausgeglichen. Die Anschauung von *Henschen*, daß die Sehsphäre ausschließlich auf der Innenseite und in der Kalkarina-Rinde selbst gelegen ist, kommt aber in weit höherem Maße der anatomischen Wirklichkeit nahe, als diejenige *Monakows*, der dem Sehzentrum gesetzmäßig über einen großen Teil der lateralen Fläche bis in den Gyrus angularis hinein Platz anweist.

Gegen die neuerdings mehrfach vertretene Meinung, das Makulazentrum in den Okzipitalpol oder an die kaudale Spitze des Sehfeldes zu verlegen, ließe sich aus histotopographischen Gesichtspunkten gleichfalls mancherlei einwenden.

Besprechung zu den Referaten *Kleist*, *Forster*, *Reichardt* und zum Vortrag *Brodmann*.

Poppelreuter-Cöln: Der Krieg hat sowohl durch die Größe und Variation der Kasuistik als auch durch die gute Untersuchbarkeit soldatischen Materials eine Fülle von neuen lokalisatorischen Einzeltatsachen bringen müssen. Das ist wohl allen denen eine Selbstverständlichkeit gewesen, welche die im Verhältnis zu dem theoretischen Anspruch, daß das gesamte psycho-physiologische Geschehen eine Funktion des Großhirnes sei, doch immerhin kontrastierende Dürftigkeit der bekannten „Ausfallsymptome“ empfunden haben. Ich halte es als Gegengewicht zu dem zur Vereinzelung und Aufzählung neigenden mehr neurologischen Standpunkt, den *Kleist* eingenommen hat, für wesentlich, nun auch dem mehr psychiatrischen Standpunkt einer prinzipiellen und verallgemeinernden Betrachtung sein Recht zu geben.

Das wesentlich Neue der Kriegserfahrung erblicke ich darin, daß wir den Begriff „Ausfall“ einer Einzelleistung ersetzen müssen durch den Begriff „Herabsetzung“ einer Einzelleistung! Ad exemplum die Sensibilität: wenn wir hier sehr enge topische Differenzierungen finden, etwa die früher seltene, jetzt aber ungemein häufige und auch von *Kleist* demonstrierte Gefühlsstörung nur



im ulnaren Hand-Finger-Gebiet, so ist das nie eine Anästhesie sondern stets eine Hypästhesie, und ebenso finden wir auch bei den weitgehenden qualitativen Differenzierungen — etwa im ulnaren Gebiet gerade Störung der Oberflächensensibilität und dabei im radialen Gebiet gerade Störungen der Tiefensensibilität usw. — nie Ausfälle, sondern stets nur Herabsetzungen. Überhaupt ist deshalb die Differenzierung um so weitgehender, der Tatbestand um so komplizierter, je feiner die jeweilige Untersuchungstechnik ist. Je länger untersucht wird, desto weniger gelten solche einfachen Verhältnisse, wie wir sie in die üblichen Körperschemata hineinstricheln und wie sie *Kleist* demonstriert hat. Für die praktische Diagnostik des einzelnen Falles sind sie natürlich mehr als ausreichend, jedoch für die Theorie keine einwandfreien Prämissen. Besonders vermißt habe ich bei *Kleist* die Feststellung solcher Differenzierungen auch bei der Motilität. Auch hier finden sich im Hirnverletzten-Material die Differenzierungen dann, wenn es sich um enge Funktionsgruppen der Muskelgebiete handelt, nur in Form der Parese. Daß auch in der Motilität auch qualitative Differenzierungen sich vorfinden, die von dem Begriff Parese nur kollektiv gedeckt werden, ist wesentlich zum Verständnis der Bewegungsstörungen überhaupt. Es findet sich differentiell herabgesetzt nicht nur die Ausgiebigkeit, sondern auch die Kraft, das Innervationstempo, die gegenseitige Koordination und ganz besonders auch die Hemmungsfähigkeit. Alles das sind verschiedene Störungsweisen, denen gegenüber die atomistische Fokustheorie sich doch als vie zu eng erweist. Finden wir Störungen, die wir als „Ausfälle" bezeichnen, das gänzliche Verlorengehen von Funktionen, so handelt es sich eben nicht um differenzierte Funktionen, sondern um Gesamtfunktionen, wie z. B. bei der schwersten Hemiplegie oder der schwersten Hemianopsie. Bezw. es handelt sich um weitgehendste Zerstörungen von Projektionssystemen, die wir immerhin als noch periphere Systeme prinzipiell von dem eigentlichen Großhirnsystem abscheiden müssen .

Das Prinzip der „Funktionsminderung" gegenüber dem Prinzip des „Funktionsausfalles" gilt noch in viel höherem Maße in denjenigen Funktionsweisen, die wir mit einem nicht sehr glücklichen aber praktisch gewählten Ausdruck als „assoziative" von den „sensomotorischen" Funktionen abgegrenzt haben. Kennzeichnend dafür war, daß man schon in den ersten Kriegsjahren vielerseits besonders das Fehlen der Seelenblindheit betont hat. Tatsächlich finden wir bei Verletzung der okzipitalen Konvexität ganz ungemein häufig Herabsetzungen der gnostischen Funktionen, und zwar wenn wir mit dem Rüstzeug der gerade hierauf recht gut eingearbeiteten experimentellen Psychologie forschend eingehen, eine sehr große Zahl differenzierter Störungen, die wir als Herabsetzungen der optischen höheren Auffassungs- und Denkvorgänge zusammenfassen. Wenn schon bei psycho-physiologisch verhältnismäßig



so einfachen Leistungen, wie bei der Sensibilität, durch weitgehende Differenzierung von Herabsetzungen fast unüberschaubar komplizierte Verhältnisse entstehen, so gilt dies für die höheren gnostischen Funktionen erst recht. Daß hier gewisse Elementarleistungen, d. h. differentielle anatomische nervöse Substrate zugrunde liegen müssen, das ist selbstverständliche Konsequenz aus der Tatsache, daß wir sie eben differentiell gestört finden. Niemals aber erweist sich eine feinere Differenzierung durch isolierten Ausfall. Kann ich auch *Kleist* in der Betonung der großen Wichtigkeit des hinteren Scheitellappengebietes — das ich übrigens mit zum Okzipitalhirn rechne — beistimmen, so muß ich doch abraten, nun allzu lokalisatorisch aufzuteilen. Der Vortr. hat meinen Ausdruck „optische Apraxie" als nicht glücklich bezeichnet. Gerade durch diesen zusammenfassenden Ausdruck wollte ich dem Ergebnis meiner Untersuchungen Ausdruck verleihen, daß die sehr große Zahl von einzelnen Funktionsminderungen, die als Folgen von Verletzungen des hinteren Scheitelgebietes beobachtet wurden, sich psychophysiologisch darstellten als Störungen der optisch geleiteten Hantierungen bzw. Handlungen. Gegenüber der großen Zahl der einzelnen Differenzierungen einen klinisch zusammenfassenden, den pathologischen Zustand kennzeichnenden Ausdruck zu brauchen, halte ich auch jetzt noch für fruchtbarer, als einzelne lokalisatorische Störungen herauszugreifen und in den Vordergrund zu schieben. Wir müssen einerseits zusammenfassen und anderseits die Störungen selber — wofür uns doch Worte und Namen genug zur Verfügung stehen — in Form der sachlichen Beschreibung aufführen; denn sonst kämen wir in eine maßlose Nomenklatur hinein, welche nur wieder verhindert, daß die Ergebnisse der Lokalisationsforschung der Klinik zugute kommen.

Das Prinzip der Funktionsminderung hat sich wohl besonders fruchtbar erwiesen auf dem Gebiet der Verletzungen der vorderen Stirnhirne. „Ausfallerscheinungen", das völlige Verlorengehen bestimmter Leistungen, haben hier selbst bei ganz schweren doppelseitigen Verletzungen völlig gefehlt. Dafür fanden sich der Herabsetzungen eine ungemein große Zahl. Man kann den Verletzungen des Stirnhirnes nur gerecht werden, wenn man von der sensomotorischen Orientiertheit der klassischen Lokalisationstheorie absieht und die Untersuchung auf die Herabsetzung der allgemeinen geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit und der Gesamtpsyche, der Persönlichkeit, einstellt. Schwere Einbußen dieser Art werden einem dann nicht entgehen können. Jedoch ist die Symptomatologie bei weitem nicht so eindeutig festzulegen, wie bei den übrigen Herdsymptomen. Wenn man mit einem Wort kennzeichnen will: Stirnhirnverletzungen setzen bei der intellektuellen und auch körperlichen (Hantierungs-) Arbeit die Gütegrade sowohl allgemein als auch im einzelnen Fall spezifisch herab. Wir finden Minderleistungen der auffassenden Aufmerksamkeit, der Präzision der Hantierungen

Verflachung der „Kombination“ usw., dagegen nie schwere Herabsetzung der Merkfähigkeit. Charakteristisch ist für einige Stirnhirnfälle das Abweichen ihrer „Arbeitskurven“ bei körperlicher und geistiger Arbeit, besonders ihre Unregelmäßigkeit. Dazu kommen dann Veränderungen der Gesamtpersönlichkeit, teilweise die charakteristische Stirnhirnapathie, in welche ich auch das nur mitunter hervorstechende Symptom der „Bewegungsarmut“ einbeziehen möchte. Ich halte die atomistische Interpretation, wie wenn im vorderen Stirnhirn ein Anregungszentrum für Bewegungen sei, dessen Zerstörung nun eine allgemeine Verminderung der Lebhaftigkeit und Schnelligkeit der Bewegungen bewirken sollte, für viel zu eng. Wir finden bei Stirnhirnverletzten auch das Gegenteil von Verminderung des Antriebes, nämlich eine oft deutliche Hemmungslosigkeit und Agilität. Dieses alles tritt aber nicht in Form eines sensomotorischen Herdsymptoms auf, sondern als Ausdruck einer Veränderung der Persönlichkeit. Auch leichte kataleptische Erscheinungen werden beobachtet. Ob die oft schweren, ihrem Symptombild nach hysterischen Veränderungen ätiologisch mit einer Stirnhirnverletzung in Verbindung gebracht werden müssen, woran zu denken mich doch viele Fälle veranlaßten, wäre noch zu entscheiden. Die von *Bonhoeffer* an Tumoren beobachtete Pseudodemenz eigenartiger Ausprägung habe ich auch an mehreren schweren Stirnhirnverletzungen gesehen.

Daß hier auch Beziehungen zu niederen Funktionen bestehen, zeigten einige abweichende Befunde Stirnhirnverletzter in vasomotorischer Beziehung. Auch auffällig leichtes übermäßiges Schwitzen wurde beobachtet. Es sind aber vorläufig die Stirnhirne ein viel zu großes Gebiet und die Mechanik der Schußverletzung eine viel zu unsichere, als daß sich hier genauere topische Lokalisationen vollziehen ließen. Sicher ist aber — darin ist *Forster* beizustimmen — gerade bei Stirnhirnverletzungen vieles von dem, was man als Symptom einer allgemeinen Hirnschädigung genannt findet, ein Herdsymptom [1]).

[1]) Für die Beurteilung des Prinzips der Funktionsminderung ist eine Stellungnahme nötig bezüglich der Frage, ob wir in dem unmittelbar auf die Verwundung folgenden Anfangszustand das reinste Ausfallsymptom haben, somit in den Spätfällen bereits Leistungen prüfen, die schon substitutiv sind. Es würde zu weit führen, speziell auszulegen, daß gerade durch das Kriegsmaterial die Argumente das Übergewicht bekommen haben, daß wir die lokalisatorischen Differenzierungen der Großhirnleistungen gerade nicht im Anfangszustand, sondern in dem konstant bleibenden Funktionsrest zu erblicken haben und in der Schwere des Anfangszustandes eben auch den Ausdruck der vor allem auch durch Blutung und Schock weitgehenden Umgebungswirkung. Auch *Kleist* scheint dieser Ansicht zu sein, wenngleich er die Frage wohl aus Zeitmangel nicht berührt hat.



Es ist eine wichtige Folgerung des Grundsatzes von der „Herabsetzung" gegenüber dem „Ausfall", daß die lokalisatorischen Störungen übergehen in der einen Hinsicht in die Allgemeinstörungen, bis in die allgemeine Herabsetzung der intellektuellen und körperlichen Leistungsfähigkeit, und in der anderen in das Gebiet der individuellen Differenzen. Würden wir nur das als Herdsymptom bezeichnen, was von der üblichen Lokalisationstheorie her als „Ausfall" gekennzeichnet ist, so würden wir es doch mit einer erschreckend großen Zahl von Fällen zu tun haben, die wir — wenn wir einmal von dem später zu besprechenden traumatisch neurasthenischen Komplex absehen wollen — als symptomlos bezeichnen müssen, wiewohl uns das Röntgenbild den im Hirn steckenden Splitter zeigt. Diesen Tatbestand, wie es im Anfang des Krieges geschehen, nun durch die schnelle Restitutionsfähigkeit gerade des jugendlichen Gehirnes, Eintreten der rechten Hemisphäre gegenüber der linken usw. zu erklären, halte ich nicht für angängig. Richtet man die diagnostizierende Methodik darauf, nun die verschiedenen Leistungen, welche bei Verletzungen des betreffenden Gehirnteiles lokalisatorisch in Betracht kommen, im Sinne der Herabsetzung zu untersuchen, dann findet man diese in den meisten Fällen in oft überraschend deutlicher Weise gestört, wenn man die einzelnen Fähigkeiten des betreffenden Individuums untereinander vergleicht. Es kann dadurch bei einem Individuum eine Herabsetzung als lokalisatorisch mit ziemlicher Sicherheit gefunden werden, wenngleich, absolut genommen, der Gütegrad der betreffenden psycho-physiologischen Leistung hoch oberhalb dessen ist, was man als normale Leistung findet. Das beste Beispiel gaben hierfür die ausgedehnten dynamometrisch ergographischen Untersuchungen, über die ich im zweiten Band meines Buches berichtet habe. Es gibt Rechtser, sehr kräftige Menschen, die für eine Reihe von Tagen nach der Verwundung eine völlige Armlähmung gehabt haben und bei denen sich Monate hinterher die rechtsseitige Parese darin zeigt, daß mit der rechten Hand 40 kg gedrückt wurden und mit der linken 45 kg. Es ist also in diesem Falle die rechte Hand immerhin noch kräftiger, als der normale Durchschnitt ungelähmter Menschen ist; trotzdem ist sie paretisch. Die eigentlich selbstverständliche Tatsache, daß die Übergänge von der Gesundheit bis zur schwersten Lähmung kontinuierlich sein müssen, ist früher zu wenig berücksichtigt worden. Äußert sich die Parese als Herabsetzung, dann kann das Übrigbleibende noch erheblich besser sein als der normale Durchschnitt. Und da die normale individuelle Breite so groß ist, so lassen selbst beträchtliche lokalisatorische Herabsetzungen doch noch nicht den Betreffenden aus der Reihe der normalen Menschen ausscheiden. So kann eine restliche motorische Aphasie bei einem sehr sprachgeübten Gebildeten sehr deutlich sein, wenngleich seine Leistung immer noch höher ist als die eines sprachungewohnten dummen Dörflers. Daß also Störungsbreite und indivi-



duelle Breite nicht zwei Kontinua sind, die aneinander grenzen, sondern die sich um ein beträchtliches Stück überlagern, ist fast ständiges Ergebnis aller meiner darauf gerichteten vergleichenden Untersuchungen gewesen. Als typisch kann folgender Fall gelten: man findet bei einer sicheren Verletzung in der Gegend des linken hinteren Sprachgebietes keinerlei grobe aphasische Symptome — die vielleicht nur die ersten Tage bestanden haben —, dagegen aber bei der Prüfung der allgemeinen intellektuellen Leistungsfähigkeit eine deutliche Einbuße. Sieht man nun genauer zu und sortiert aus den Prüfungen der allgemeinen Leistungsfähigkeit diejenigen heraus, welche doch mehr oder weniger Leistungen der Sprache sind — so besonders die sprachliche Merkfähigkeit, sprachliche Kombinationsfähigkeit und in einigen Fällen das Rechnen —, so findet man diese ganz besonders schlecht und auf der Gegenseite, wie so häufig, sehr viel bessere Leistungen der optischen Intelligenzvorgänge. Demonstriert dann in einem solchen Falle ein sehr gutes Schulzeugnis der sprachlichen Fächer ein vorheriges gutes Funktionieren der sprachlichen Intelligenz, so haben wir hier keine Verminderung der allgemeinen geistigen Leistungsfähigkeit, sondern ein restliches Herdsymptom aphasischer Natur. Ein zweites Beispiel: Ungemein häufig findet man bei Verletzungen der linken mittleren seitlichen Stirngegend, welche vor der Broca liegt, keines der üblichen aphasischen Symptome, sondern nur eine Sprachdürftigkeit, welche wir aber auch bei leicht Schwachsinnigen oder besonders Schweigsamen finden. Typisch für solche Fälle ist z. B., daß sie bei einer Merkfähigkeitsprüfung, welche in der spontanen Wiedergabe einer vorgelesenen Erzählung besteht, nur wenig wiedergeben. Auch hier haben wir keine auf allgemeiner Leistungsschwäche beruhende Merkfähigkeitsschwäche, sondern eine Herabsetzung der spontanen sprachlichen Produktionsfähigkeit als Herdsymptom. Denn läßt man sie eine größere Reihe von auf die Geschichte bezüglichen Fragen beantworten — ich nehme diese Merkfähigkeitsprüfung immer in diesen zwei Formen vor —, dann findet sich oft eine sehr gute Merkfähigkeit. Selbstverständlich reicht hier die übliche allzusehr auf den Nachweis des Schwachsinns aufgebaute klinische Methodik nicht aus — wie sie hierzu ausgebaut sein muß, darauf kann hier nicht eingegangen werden. Es muß die Schwierigkeit überwunden werden, die darin liegt, daß wir nicht nur in quantitativer, sondern auch in qualitativer Hinsicht mit einer sehr großen Variationsbreite zu rechnen haben. Gerade bezüglich derjenigen Leistungen, welche wir als optische Gnosie und optische Praxie zusammenfassend bezeichnen, kann der Nachweis von Einbußen ungemein schwer sein, da schon normalerweise eine große Anzahl Menschen bezüglich der „Sehintelligenz" recht minderleistend sind, wie ja eine gute „optisch-konstruktive Fähigkeit" als ein vereinzelt vorkommendes „Talent" dargestellt wird. Es ist wohl sicher, daß diese individuellen Differenzen abgesehen vom Einfluß der Übung doch er-



heblich von Variationen der betreffenden Hirnteile abhängen. Somit müssen auch bei einigen Personen als Herdsymptome differenzierte Minderleistungen auftreten, welche wir auch sonst auf Grund individueller „Minderbegabung" finden. Das beste Beispiel ist die Amusie. Z. B. waren die musikalischen Fähigkeiten eines meiner Amusischen, eines fachlich ausgebildeten Musikers mit Verletzung des linken vorderen Schläfenlappens, mindestens teilweise noch höher als die eines gänzlich angeboren Unmusikalischen.

Es ist nicht nur das Moment unserer feineren Diagnostik, welches uns zwingt, gerade den Gesichtspunkt der Herabsetzung bestimmter Leistungen innerhalb der normalen Breite zu berücksichtigen, woran es mir noch erheblich zu fehlen scheint, sondern vor allem auch das Moment der gutachterlichen Gerechtigkeit, damit nicht die schweren Schäden, die besonders im beruflichen Können durch solche Herabsetzungen entstehen, der Bemessung entgehen.

Man pflegt, wie heute auch die Zweiteilung der Referate zeigt, „Herdsymptome" in Gegensatz zu bringen zu den „psychischen Störungen". Diese Zweiteilung aber in Zukunft aufzugeben, würde ich für einen Gewinn halten. Schon die Tatsache, daß lokalisierte Verletzungen, z. B. des Stirnhirns, „psychische Störungen" machen können, stört diese Abtrennung. Sie legt es auch allzu nahe, in einer Vermengung anatomischer und psychologischer Fragestellung als „lokalisatorisch" die „speziellen", als nichtlokalisatorisch die „allgemeinen" seelischen Leistungen anzusehen. „Psychische Störungen" sind nicht gleichzusetzen den allgemeinen Symptomen und letztere wieder nicht der Einbuße „allgemeiner" seelischer Leistungen. Zur Korrelation mit „lokalisierten" Störungen können nur die „Allgemeinsymptome" gebracht werden, d. h. diejenigen krankhaften Erscheinungen, welche sich nur von der Hirnverletzung als solcher und nicht von deren spezieller Lokalisation abhängig als Ausdruck einer allgemeinen Erkrankung des ganzen Organes vorfinden.

Da hierfür fast die Gesamtheit der Hirnverletzten das Material abgibt, so mußte auch hier der Fortschritt der Symptomatologie ein entsprechend großer sein. Wenn auch beim einzelnen Fall der der Verwundung folgende Anfangszustand durch die Periode der Rekonvaleszenz kontinuerlich mit dem chronischen Spätzustand verbunden ist, so müssen wir doch beide sachlich so scharf wie irgend möglich auseinanderhalten. Beginnen wir mit den Erscheinungen, die wir als psychotische — n gewissem superlativistischen Sinne — absondern, so ist die Sachlage an sich einfach: psychotische Symptome finden sich überwiegend im Anfangsstadium, als abhängig von Kommotion, Blutverlust, Hämatom, Enzephalitis, Infektion usw. Bei chirurgisch geheilten Hirnverletzten sind sie Ausnahmen auf Grund besonderer Sachlage. Der im chirurgischen Sinne geheilte „normale" Hirnverletzte bleibt von psy-

chotischen Symptomen frei. Treten sie sehr späte Zeit nach der Verwundung wieder auf, so handelt es sich in der Regel um Wundkomplikationen — Abszeß, Hirndruck usw. — oder aber um eine endogen vorbereitete epileptische Reaktion. Bezüglich der Anfangszustände muß ich, wiewohl ich darin wenig eigene Erfahrung habe, hauptsächlich aus dem Studium der sehr zahlreichen Krankengeschichten und Anamnesen die Auffassung *Forsters* bestätigen, daß wir auch durch das Kriegsmaterial über die *Bonhoeffer-Schröder*sche Darstellung dieser Zustände einerseits als kommotive und anderseits als symptomatische Psychosen auch durch das größere Material nicht wesentlich herausgekommen sind. Meine von *Forster* vorhin zitierte Ansicht, daß gerade bei subduralen Hämatomen ein dissoziierter Erregungszustand, wie er als postkommotiv beschrieben wurde, spezifisch sei, beruht zum Teil auf der in chirurgischen Krankenblättern ungemein häufig sich findenden Bemerkung, daß gerade die Erregungszustände nach Beseitigung subduraler Hämatome sofort aufhörten. In einem Falle habe ich auf diese Weise eine operative Nachblutung diagnostiziert. Der zweitägige fast tobsüchtige Erregungszustand sistierte sofort nach Beseitigung eines Blutergusses. Hierbei konnte nach der Wundsituation weder Hirndruck noch Infektion eine Rolle spielen. Das hier theoretisch erforderliche Reizmoment ist in der unmittelbar das Hirn angreifenden Wirkung der bei dem Blutstoffzerfall entstehenden Toxine ohne weiteres gegeben.

Insgesamt haben, wie ja auch *Forster* hervorhob, die „Anfangszustände" einen erheblich individuellen Charakter, und es wäre jedenfalls eine dankenswerte Aufgabe, auf Grund des zur Verfügung stehenden Massenmaterials statistisch zu untersuchen, inwieweit sich überhaupt gesetzmäßige Parallelen zwischen Verschiedenheiten der chirurgischen Situation und Verschiedenheiten psychotischer Anfangszustände finden.

Daß psychotische Symptome bei chirurgisch abgeheilten Spätfällen, also etwa von mindestens sechs Monate an Verwundeten, eine ungemeine Ausnahme sind, ergibt sich allein schon aus der Tatsache, daß fast alle Hirnverletzten-Sonderlazarette durchaus den Charakter neurologischer Lazarette haben und keinerlei psychiatrische Einrichtungen erfordern. Einzelne psychotische Symptome sind nur an sich seltene Steigerungen derjenigen „nervösen" Allgemeinsymptome, wie wir sie einerseits finden innerhalb des Symptomenkomplexes der allgemeinen traumatischen Hirnschwäche — oder wie ich aus sozialen Gründen ergänzen zu müssen glaubte, der posttraumatischen Hirnleistungsschwäche — einerseits und anderseits der Epilepsie. Es hat sich auch bezüglich dieser Allgemeinsymptome die analoge Erfahrung geltend gemacht wie bezüglich der Herdsymptome: auch diese Symptome sind in ihrer Gesamtheit in viel leichterer Form aufgetreten. Unsere Diagnostik zeigt uns auch hier weniger psychotische Umwandlungen, als „nervöse" Minderleistungen.



Es ist daher meiner Ansicht nach sehr viel fruchtbringender, die Darlegung umgekehrt zu gestalten und die leichteren Symptome zum Ausgangspunkt zu nehmen und die schwereren als extreme Ausnahmen an den Schluß rangieren zu lassen, wie umgekehrt sich nach dem psychotischen Symptom zu orientieren.

Daß eine lokalisierte Verletzung eine allgemeine Herabsetzung der Tätigkeit des ganzen Organes bewirken muß, ist eigentlich selbstverständlich, da das Gehirn doch in biologischer Hinsicht, besonders in der Blutversorgung usw., ein einheitliches Organ darstellt. Es geht aber nicht an, schlechthin die Allgemeinschädigung des Gehirnes schematisch gleichzusetzen, denn wir finden sie bei verschiedenen Individuen und verschiedenen Schweren der Verletzungen in ganz verschiedener Weise. Dieses Bild der Hirnleistungsschwäche konnte durch die Kriegserfahrung in wesentlicher Hinsicht vertieft werden. Der Symptomenkomplex gliedert sich in natürlicher Weise in zwei Gruppen, einerseits in den subjektiv neurasthenischen Komplex der subjektiven Beschwerden und anderseits in die objektiv nachweisliche Herabsetzung der allgemeinen geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit und Persönlichkeit. Wie ich *Forster* durchaus beistimmen kann, sind diejenigen Zustände nicht beobachtet, welche sich als „traumatische Demenzen" durch die Lehrbücher hindurchziehen. Die Kriegserfahrung muß diesen Begriff beseitigen und ersetzen durch den Begriff der „Herabsetzung der allgemeinen Leistungsfähigkeit". Wenngleich im einzelnen natürlich charakteristische Abweichungen bestehen, so tritt doch die posttraumatische Hirnleistungsschwäche ganz ebenso auf, wie sie in akuter Form beobachtet wird in postinfektiösen Schwächezuständen — ich fand das besonders nach Typhus —, nach Blutverlust usw. Wenn ein produktiver Gelehrter etwa durch Überarbeitung, mangelnden Schlaf, Kaffee- und Nikotinmißbrauch einen kurz dauernden Erschöpfungszustand bekommt, so leidet seine geistige Leistungsfähigkeit, seine Merkfähigkeit wird gering, er verspürt in durchaus objektiver Weise Mangel an Konzentration Energie, auch in gewisser Weise die geringere Fähigkeit, sich zu beherrschen usw. Alles das würde sich doch wohl schwerlich dem Wort „Demenz" fügen, dessen Übersetzung mit „Verblödung" nicht wegzuschaffen ist.

Bei allen Hirnverletzten findet sich in objektiven Untersuchungen der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit schon allein durch den statistischen Vergleich mit gesundem Material eine ganz deutliche Einbuße. Ich verweise auf die in meinem Buch mitgeteilten Ergebnisse, wonach man den Satz ableiten kann, daß jeder Hirnverletzte als ernstlich allgemein geschädigt zu betrachten ist, daß aber diese allgemeine Schädigung sich zu einem ganz erheblichen Teile — noch viel mehr als dies bezüglich der Herdsymptome der



Fall ist — in der normalen Breite bewegt. Sie kommt also zumeist gar nicht zur objektiven Diagnose, da das, was zumeist der Psychiater an Testen für geistige Leistungsschwäche anwendet, allzusehr auf die Diagnose des Schwachsinnes zugespitzt ist. Wenngleich die Untersuchung der Einzelfälle und auch die statistische Vergleichung der Leistungen Hirnverletzter mit denen Normaler die schwere Einbuße der gesamten Leistungsfähigkeit bestätigen muß, so liegt doch in der Tatsache der individuellen Breite eingeschlossen, daß auch Hirnverletzte mit an sich erheblicher Allgemeineinbuße noch über einen erstaunlich großen Rest verfügen und somit auch schwerere Fälle dieser Art noch für größere Anforderungen stellende Berufe sich als ausreichend leistungsfähig erwiesen haben. Wir müssen uns hier in Anbetracht der durch die Kriegsbeschädigtenfürsorge bewirkten Popularisierung der medizinischen Wissenschaft vor Übertreibungen hüten und als eine dieser Übertreibungen, die zu beseitigen ist, ist der Name der traumatischen Demenz anzusehen. Es handelt sich da um ein Wort, das sich zumal dem praktischen Arzte stark einprägt und Unheil stiften muß. Der Begriff der „traumatischen Demenz" hat es auch bewirkt, daß man die Einbuße an körperlicher Leistungsfähigkeit, die bei Hirnverletzten der arbeitenden Stände, mit denen wir es meist zu tun haben, weitaus das Bild beherrscht, erheblich übersehen hat. Auch hier läßt sich, auch abgesehen von dem subjektiven Komplex, die Leistungseinbuße objektiv demonstrieren, und auch hier hat es sich gezeigt, daß es sich nicht um eine schematische Wirkung der Schußverletzung als solche handelt, sondern um ein Endresultat aus verschiedenen teilweise individuellen Faktoren. In einigen wenigen Fällen kommt es scheinbar zum Bilde der traumatischen Demenz. In diesen Fällen ist aber die Sachlage so, daß es sich um die Gruppe von Leuten handelt, welche schon vorher auf einer intellektuell niedrigen Stufe gestanden haben und durch die Hirnverletzung weiter herabgedrückt worden sind. Jedenfalls sollte man nie eine traumatische Demenz ohne Schulzeugnis diagnostizieren. Verbindet sich in einigen Fällen angeboren geringe Leistungsfähigkeit, Allgemeineinbuße und etwa die Stirnhirnapathie, dann kann es zu Fällen kommen, die in klinischem Sinne das Bild der Demenz zeigen, wenn man die üblichen Prüfungen zugrunde legt. Sehr gefährlich sind diejenigen Fälle von Orientierungsstörungen und schwerer optischer Apraxie, die sehr leicht zu der Fehldiagnose der Demenz verleiten, zumal wenn es sich bei diesen um auch allgemeingeschädigte vorher Leistungsschwache handelt.

Auch die Wesensveränderung, die Einbuße an Persönlichkeit, wie wir sie bei Späthirnverletzten finden, rangiert sich durchaus in das Bild der Leistungsschwäche und entspricht nicht dem Typus einer Demenz. Es findet sich auch hier, wenn wir von Stirnhirnverletzten absehen, einerseits eine Verminderung der Persönlichkeit zur geringeren



Energie, geringeren Frische, Einbuße an Interesse, Affektivität usw., aber alles dieses noch so innerhalb der normalen Breite, daß man sie nur diagnostizieren kann, wenn von absolut zuverlässigen Leuten, zumeist Gebildeten, darüber geklagt wird und anderseits glaubhafte Berichte von Angehörigen, früheren Arbeitgebern usw. vorliegen. Die Regel ist meistens eine Verminderung der aktiven Persönlichkeitsfaktoren. Die meisten Hirnverletzten werden nach der Beschreibung ihrer Angehörigen generell ruhiger und gleichgültiger, als sie früher waren. Ich habe den Eindruck, wie wenn eine Station von Hirnverletzten im allgemeinen lenksamer und ruhiger ist, als etwa eine Station von Amputierten. Anderseits aber finden sich auch zwischendurch Zustände von erhöhter Reizbarkeit, die ich aber viel weniger selbst beobachtet als in Schilderungen bekommen habe. Auch dieses entspricht dem Bilde der allgemeinen nervösen Leistungsschwäche und ist nicht gerade für die Hirnverletzten charakteristisch, wenn wir von der epileptischen Reizbarkeit, die gesondert zu halten ist, absehen.

Wichtig ist für die praktische Begutachtung, daß ein Teil der Leute das Bild der „traumatischen Neurose" zeigt. Es würde zu weit gehen, im einzelnen anzuführen, daß die Untersuchung gezeigt hat, daß wir es hier in der Regel mit hysterischen und psychisch beseitigungsfähigen Komplikationen zu tun haben, daß auch von seiten des organischen Hirnverletztenmaterials aus keine neue Stütze der zu Grabe getragenen *Oppenheim*schen organischen traumatischen Neurose gefunden werden kann.

Nun zur Epilepsie, die sonderbarerweise in den Vorträgen der beiden Referenten doch sehr zu kurz gekommen ist. Diese wird wahrscheinlich wohl ein spezielles Thema für später abgeben; so möchte ich nur soweit darauf eingehen, als es sich um das Thema der psychischen Störungen im weiteren Sinne handelt. Das Kriegsmaterial brachte uns auch hier wesentliche Korrekturen von üblichen Meinungen. Wenn wir die Erfahrungen zusammenfassen, so findet sich gerade das Symptomenbild der sogenannten psychischen Epilepsie nur in den allerseltensten Fällen. So fehlt vor allem die anfallweise tobsüchtige Erregung vollständig, bzw. es lassen sich ganz besondere Mitursachen aufzeigen. So habe ich zwei Fälle, in denen eine tobsüchtige Epilepsie bei Erysipel auftrat und einmal ein tobsüchtiger, vielleicht epileptischer Erregungszustand — oder eine Komplikation mit einem epileptischen Anfall — bei einem alten Alkoholiker. In zwei anderen Fällen handelte es sich um Fälle, die nach Stirnhirnverletzungen eine recht erhebliche allgemeine Verminderung der Persönlichkeit im Sinne der Hemmungslosigkeit erlitten hatten. Besondere Bedeutung erhält dieser Punkt durch das forensische Moment. Zahlreich sind die Fälle, die angaben, disziplinare Verstöße, Urlaubsüberschreitungen usw. im Zustande der abnormen epileptischen Erregung begangen zu haben. In all diesen Fällen ließ sich aber erweisen, daß ein Zustand der Bewußtlosigkeit eigentlich nicht bestanden hatte,



daß vielmehr das eigentliche Pathologische eine erhöhte Reizbarkeit gewesen ist. Selbstverständlich neigen Kopfschußverletzte dazu, ihren Kopfschuß als Entschuldigung anzuführen, und die Popularität der Dämmerzustände und der für den Laien naheliegende Zusammenhang von psychischer Störung und Kopfverletzung bringt es dann zuwege, daß in den Akten sich oft die schwersten Dämmerzustände vorfinden. Sie halten aber der Kritik nicht stand. Ich habe jetzt beinahe vier Jahre lang wohl mit dem zahlreichsten Hirnverletztenmaterial in einer Umgebung persönlicher Freiheit und sozialer Betätigung zusammengelebt und nie selbst einen „Dämmerzustand" beobachtet. Es besteht die dringende Notwendigkeit, die Frage der Dämmerzustände und gerade der traumatisch epileptischen Dämmerzustände einer sehr kritischen erneuten Prüfung zu unterziehen. Es handelt sich hier um einen heiklen Punkt von eminent praktischer Bedeutung. Man darf die epileptischen und postepileptischen Benommenheitszustände nicht mit Dämmerzuständen verwechseln. Es handelt sich hier um Zustände, die nur durch ausnahmsweise Zufälle forensisch werden könnten. Einen epileptischen „Dämmerzustand" kann man sehr leicht erzeugen, wenn man die nach einem konvulsivischen Anfall in Schlaf verfallen Wollenden aufrichtet, weckt und etwa in ein anderes Zimmer führt. Ich habe das mehrmals beobachtet an Hand meiner Blutdruckmessungen nach epileptischen Anfällen, wo ich einige Leute gleich nach dem Krampf in ein im Keller gelegenes Laboratorium führen ließ. Das Bewußtsein ist dann nicht ganz getrübt, es können einfachere Aufforderungen noch befolgt, auch einfachere Fragen beantwortet werden, und auch die Amnesie ist hinterher nur teilweise. Ich habe es später vermieden, diese Zustände immer wieder zu untersuchen, da die Leute dann hinterher sehr starke Kopfschmerzen und Abgeschlagenheit haben. Ferner äußern sich manche epileptische Schwindelanfälle nur in kurzer Trübung des Bewußtseins, so wie sie etwa kurz nach dem Aufwecken aus dem Schlafe besteht; keinesfalls aber sind diese, ebensowenig wie die beim Normalen und Psychopathen beobachteten Weckzustände, disponiert forensisch zu werden. Selbstverständlich hat die Hirnverletzung auch forensisch psychiatrische Bedeutung, aber nicht nach dem Schema der Dämmerzustände, sondern mehr nach der Richtung hin, daß selbstverständlich alle Faktoren, welche irgendwie die Persönlichkeit und die Kräfte im Kampfe ums Dasein schwächen, zur Vermehrung der Kriminalität beitragen. Daß die Fälle, in denen die Hirnverletzung Gegenstand forensischer Begutachtung ist, häufig sind, beruht meiner Ansicht nach in allererster Linie darauf, daß eben die Hirnverletzten einen großen Anteil der Kriegsbeschädigten stellen, und daß sich unter diesen ein entsprechender Prozentsatz von angeboren Psychopathischen findet, und daß wohl gerade bei Kopfverletzten in jedem Falle ein Gutachten angefordert wird. Umso mehr ist es geboten, im Einzelfall recht kritisch zu sein, besonders später, wenn der Alkoholismus wieder seine Rolle spielen wird.

Isserlin-München: Störungen der optischen Aufmerksamkeit, wie sie hervorgehoben wurden, sind zweifellos vorhanden und bedeutungsvoll. Sie stellen sich meistens dar als eine übermäßige Einengung bei der Konzentration, zuungunsten der Distribution (Aufmerksamkeitsverteilung). Meistens freilich handelt es sich bei den hier gemeinten Erscheinungen nicht bloß um Aufmerksamkeitsstörungen, sondern schon um Läsionen höherer Funktionen synthetischer Art, vor allem der Gestaltzusammenfassung; also schon eigentlich agnostische Symptome.

Recht stiefmütterlich scheinen mir bisher die Gedächtnisstörungen bei Hirnverletzten von den Untersuchern behandelt zu sein. Dabei klagen doch die meisten unserer Kranken über entsprechende Mängel und ist andererseits gerade die Gedächtnisforschung methodisch und sachlich eines der bestdurchgearbeiteten Gebiete. Wir unterscheiden bei solchen Untersuchungen 1. das Merken, d. i. das unmittelbare Haften des einmal Dargebotenen; 2. das einprägende Lernen, dessen Fortgang nach *Ebbinghaus* durch Feststellung der zum Lernen nötigen Wiederholungszahl bzw. Lernzeit für einen Stoff (sinnlose Silben) oder mit dem Trefferverfahren mit Zeitfeststellung nach *Müller-Pilzecker* geprüft wird; 3. Messung der Stärke der Einprägung durch das Wiedererlernen (Lernzeit bzw. Zeit bei Wiedereinprägen eines Stoffes nach bestimmter Zeit, entsprechende Verwendung des Trefferverfahrens).

Man kann auf diese Weise verschiedene Typen von Gedächtnisstörungen bei den Hirnverletzten feststellen: 1. die eigentliche motorisch aphasische Gedächtnisstörung. Auch in ihrer Sprache wiederhergestellte Aphasiker haben leicht verständlicherweise noch erhebliche Schwierigkeiten beim sprachlich-motorischen Einprägen. Hier erhält man nicht selten sofort erhebliche Besserungen des Lerneffektes durch Verlangsamung des Lerntempos.

2. Erschwerungen des Einprägens bei gutem Haften (Ersparnis beim Wiedererlernen). Viele Kranke zeigen diesen Typus. Sie lernen mit übermäßig bzw. ganz exorbitant hoher Lernzeit, haben aber beim Wiedererlernen normale oder übernormale Ersparnis, also einen guten bzw. vorzüglichen Einprägungseffekt. In diesem Falle handelt es sich um Hemmungen bzw. Erschwerungen des Lernprozesses, häufig durch Ermüdungserscheinungen, Konzentrations-, emotive Störungen bedingt.

3. Erschwerung der Einprägung und des Wiederlernens (hohe Lernzahl bzw. geringe Ersparnis). Hier finden wir ausgeprägte Typen echter Schädigung der plastischen Funktion des Gedächtnisses: schweres Eingraben der Eindrücke, geringes Haften. Besondere Beachtung verdient die Bedeutung, welche dem Sinn für

die Erleichterung des Einprägens zukommt. Im allgemeinen wurden sinnvolle Stoffe leichter eingeprägt als sinnlose; auf das Haften jedoch schien der Sinn keinen besonders begünstigenden Einfluß zu entwickeln.

Wichtig erscheint auch die Verfolgung des Problems des „Gedächtnisumfanges" (*Gregor*) bei den Hirngeschädigten. Es hat sich gezeigt, daß entsprechende Einschränkungen bei den Hirnverletzten bestehen können. Kleine oder mittlere Reihen werden mit normalem oder gering erhöhtem Lernaufwand eingeprägt, während größere Reihen gar nicht oder nur nach unverhältnismäßigen Lernzahlen aufgenommen werden.

Zur Frage des hysterischen Einschlags bei Hirngeschädigten ist zu sagen, daß grobe hysterische Symptome ziemlich selten sind, feinere psychogene Erscheinungen besonders auf Grund gesteigerter Emotivität ziemlich häufig.

Eine traumatische Demenz im Sinne einer allgemeinen Schädigung der höchsten intellektuellen Funktionen ist — wenn auch selten — zu beobachten.

O. Foerster-Breslau macht zunächst noch einige ergänzende Bemerkungen zu den von Herrn *Kleist* erwähnten isolierten Fokalparesen bei isolierter Läsion der vorderen Zentralwindung. Wiederholt kommt gerade Lähmung der Hüftmuskeln und der Schultermuskeln kombiniert miteinander vor, ein Beweis, daß die Foci für die Hüftmuskeln im oberen Drittel der Zentralwindung am tiefsten, die Foci für die Schultermuskulatur im mittleren Drittel der Zentralwindung am höchsten gelegen sind, daß also beide Foci aneinander stoßen. Ferner hat *F.* wiederholt den skapulo-humeralen Typus beobachtet, bei dem Lähmung der Muskeln des Schulterblattes und der den Oberarm bewegenden Muskeln vorliegt, bei vollkommener Integrität der distaleren Muskelgruppen des Armes. Herr *Kleist* hat den Standpunkt vertreten, daß die Gliederung der Foci in der vorderen Zentralwindung nach Gelenken und Bewegungen orientiert sei. Das ist nach den Erfahrungen von *F.* nur bedingt richtig. Es existieren sicher auch Foci für einzelne Muskeln, ja wahrscheinlich auch Teile eines Muskels. So sah *F.* wiederholt kortikale Interosseuslähmung mit typischer Krallenhand und Abstehen des kleinen Fingers. In der vorderen Zentralwindung liegt im Gebiete der Finger der Fokus für die Beuger am weitesten hinten, davor der Fokus für die Fingerstrecker und der vorderste Teil, welcher einen kleinen Vorsprung frontalwärts bildet, enthält den Fokus für die Interossei. Dies ist durch elektrische Reizung sichergestellt. Bei Zerstörung dieser umschriebenen Stelle resultiert isolierte Lähmung der Interossei, wie dies übrigens *F.* bereits bei seinen früheren Untersuchungen über den kortikalen Lähmungstypus ausführlich beschrieben hat. Die Kriegserfahrungen haben dies bestätigt. Aus dem Gebiete des unteren Drittels der vorderen Zentralwindung weist *F.* auf eine relativ häufige Fokalparese hin, die die Kaumuskulatur betrifft,



deren Fokus den alleruntersten Teil der vorderen Zentralwindung einnimmt. Die Störung hierbei ist eine ganz typische. Der Kiefer weicht beim Öffnen nach der Seite der Läsion ab infolge Lähmung des Pterygoideus externus dieser gleichen Seite. Der Pterygoideus externus wird, wie dies *F.* bereits früher nachgewiesen hat, homolateral innerviert.

Was die von Herrn *Kleist* erwähnten Blasenstörungen bei Läsionen des obersten Teiles der Zentralwindungen anlangt, so bemerkt *F.*, daß er auf diese Störungen bereits ausführlich im März 1917 in Dresden hingewiesen hat (Sitzungsbericht der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde, Dresden). Herr *Kleist* hat vollkommen recht, daß es sich hier um ein kortikales Ausfallsymptom handelt. Die Störungen treten aber nur bei doppelseitiger Läsion auf. Anfangs ist die dabei vorhandene Detrusorlähmung verbunden mit Sphinkterkrampf so hochgradig, daß lange Zeit katheterisiert werden muß. Allmählich läßt die Störung nach. Es bleibt aber in sehr vielen Fällen dauernd eine gewisse Detrusorschwäche zurück. Inkontinenz ist im ganzen seltener, kommt aber auch vor. Die Blasenstörung ist häufig mit doppelseitiger spastischer Lähmung beider Füße verknüpft, während die Bewegungen im Knie und Hüftgelenk in der Hauptsache ungeschädigt sein können. Dies deutet darauf hin, daß die Foci für die Blase mit dem Fokus für den Fuß benachbart, also wahrscheinlich in der Rinde des Parazentrallappens liegen. Gar nicht selten besteht bei ausgedehnter doppelseitiger Zerstörung der oberen Drittel der Zentralwindungen eine schwere kortikale spastische Paraplegie beider Beine mit hochgradiger Kontraktur. Die Beine sind dabei manchmal so stark überkreuzt, wie wir es von der *Little*schen Krankheit her kennen. Wiederholt sah *F.* auch dabei noch spastische Lähmung eines oder beider Arme, wenn die Läsion auch in die mittleren Drittel der Zentralwindung übergriff. Es bestand dann also doppelseitige Hemiplegie. Interessant sind auch die Fälle, wo doppelseitige spastische Fußlähmung besteht, während die Muskeln des Knie- und Hüftgelenkes frei von Lähmung sind, dabei aber eine ausgesprochene Bewegungsataxie zeigen, indem die Läsion hierbei nach hinten auf den Scheitellappen übergreift.

Was die Sensibilitätsstörungen anlangt, so verweist *F.* in dieser Hinsicht auf sein ausführliches Referat auf der Versammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte in München 1916. Die Ergebnisse, über die *Kleist* hier berichtet hat, haben dieselben Resultate gezeigt. Im einzelnen betont *F.* aber noch, daß totale bleibende Hemianästhesie einer Körperhälfte doch auch beobachtet wird. Weit häufiger dagegen besteht Aussparung im Gesicht, am Penis, Skrotum und Perinäum und auch in den der Mittellinie zunächst gelegenen Partien des Rumpfes. In anderen Fällen nimmt die Aussparung auch noch den Hals ein, sodaß die Hemianästhesie nur bis zum Schlüsselbein und etwa zur Gräte des Schulterblattes reicht. Was die Sensibilitätsstörungen im Gesicht anlangt, von denen Herr *Kleist* meinte, daß dieselben bisher keine genügende



Erwähnung gefunden hätten, so bemerkt *F.*, daß er dieselben auch bereits auf der Versammlung in München ausführlich behandelt hat. Gerade die Aussparung um die Augen und um den Mund herum hat er ausführlich erörtert. Interessant erscheint, daß Herr *Kleist* hier auf Fälle hingewiesen hat, die sozusagen das Positiv zu dem soeben erwähnten Negativ darstellen, in denen also gerade um den Mund herum ringförmig eine Zone von Anästhesie vorhanden ist. Was die nur auf einzelne Körperteile beschränkten Sensibilitätsstörungen anlangt, so sind besonders zu erwähnen die Fälle, in denen die Sensibilitätsstörung nur den ganzen Arm oder das ganze Bein einnimmt. Auch isolierte Sensibilitätsstörungen am Rumpf hat *F.* wiederholt beobachtet. Die zirkumskripten Störungen an den Extremitäten zeigen, wie dies *F.* auch bereits in München ausführlich dargelegt hat, entweder den sogenannten zirkulären Typus, bei dem die Begrenzungslinie der Anästhesie etwa ringförmig um das Glied herumläuft, oder den sogenannten axialen Typus, bei dem die Begrenzungslinie nach der Achse der Extremität gerichtet ist. Am häufigsten ist hier der sogenannte ulnare Typus, jedoch gibt es auch einen radialen Typus. Am Bein sind besonders häufig Außenseite des Fußes und Unterschenkels ergriffen, viel seltener die Innenseite. Entweder besteht nun in einem und demselben Fall der zirkuläre Typus sowohl am Arm wie am Bein oder, was aber seltener ist, an der einen Extremität besteht axialer, an der anderen zirkulärer Typus. Endlich drittens kommen aber auch gar nicht so selten Anästhesiezonen vor, deren Begrenzungslinien mit den sogenannten spinalen Segmentalzonen große Ähnlichkeit zeigen. Wiederholt hat *F.* solche Zonen am Rumpf gefunden mit Übergreifen eines Lappens auf die Außenseite des Oberarmes, der fast genau dem Territorium des fünften Zervikalsegmentes entsprach. Auch ist wiederholt von ihm beobachtet worden Anästhesie, die das ganze Bein einnahm und bis zum Nabel nach aufwärts reichte und hier ringförmig um den Rumpf herumlief, ja in einem Falle sah *F.* diese Störung doppelseitig infolge von doppelseitiger Läsion. Die Sensibilitätsstörung glich hier also genau der, wie sie bei spinaler Unterbrechung in der Höhe des zehnten Brustsegmentes vorkommt. Dann sind aber noch ganz unregelmäßige Begrenzungsformen zu erwähnen, die überhaupt keinem Typus zu folgen scheinen, z. B. Fälle, bei denen an der Hand die Volarseite der Finger ergriffen, das Dorsum frei ist oder umgekehrt, ferner Fälle, in denen Flecke von unregelmäßiger Form am Bein oder Arm oder Rumpf vorkommen. Was die einzelnen Qualitäten anlangt, so muß betont werden, daß die Störungen derselben fast stets verschieden große Ausdehnung zeigen. Im allgemeinen zeigt die Störung der Schmerzempfindung die geringste, die Störungen der Temperaturempfindung die größte Ausdehnung, in der Mitte liegt die Störung der Berührungsempfindung. So sind besonders die Fälle interessant, in denen die Berührungsanästhesie Gesicht oder Gesicht und Hals, ferner Penis, Skrotum und Perinäum



freiläßt, während die Thermanästhesie die gesamte Körperhälfte einschließlich der eben genannten Stellen betrifft. Oder z. B. die Berührungsanästhesie zeigt am Arm und Bein einen deutlichen zirkulären Typ, während die Thermanästhesie noch die ganze Körperhälfte einnimmt. Das sind aber nur einzelne herausgegriffene Beispiele, die beliebig vermehrt werden können.

Was die Beziehungen zwischen Störungen des Hautgefühls und Störungen der sogenannten Tiefensensibilität anlangt, so gibt es viele Fälle, in denen sie zusammen vorkommen, aber auch viele, in denen nur Störungen der Tiefensensibilität vorliegen bei Integrität des Hautgefühls. *F.* hat aber auch wiederholt Fälle beobachtet, in denen umgekehrt das Hautgefühl deutliche Hemianästhesie zeigte, während die Tiefensensibilität erhalten war. Dann muß besonders erwähnt werden die Häufigkeit der Fälle, in denen das Hautgefühl keine Störung der einzelnen Qualitäten zeigt, wo aber ausgesprochene Störungen des Lokalisationsvermögens, des Unterscheidungsvermögens bei Prüfung mit dem *Weber*schen Tasterzirkel, ferner Störungen des Formenerkennens, also besonders des Erkennens von Zahlen, die auf die Haut geschrieben werden, und endlich der stereognostischen Fähigkeit vorliegen. Fast immer sind diese Fälle gepaart mit Störungen der Tiefensensibilität. Sie kommen aber auch ohne solche vor. Reine Tastlähmung bei absoluter Integrität aller einzelnen Qualitäten sowohl der Oberflächen- wie der Tiefensensibilität und ferner bei absoluter Integrität auch des Lokalisationsvermögens, der Prüfung mit dem *Weber*schen Tasterzirkel und des Erkennens von auf die Haut geschriebenen Zahlen hat *F.* mehrere beobachtet. In einem derselben konnte eine exakte topische Diagnose der Störung durch Operation gemacht werden. Der Sitz der Läsion betraf die hintere Zentralwindung. Diese Feststellung deckt sich mit den von *F. Cramer* gemachten Feststellungen über die topische Diagnose der kortikalen reinen Tastlähmung und steht im Widerspruch zu der Annahme des Herrn Referenten, daß der Sitz der reinen Tastlähmung im Scheitellappen zu suchen sei. Sodann weist *F.* darauf hin, daß die sensiblen Störungen bei Läsion der sensiblen Projektionsfelder gar nicht so selten nicht bloß in Ausfallerscheinungen, sondern auch in Reizerscheinungen bestehen. Dauernde Schmerzen und Parästhesien einer Körperhälfte oder auch nur in Arm und Bein sind bei Läsionen des Scheitellappens gar nicht so selten. Die sensible *Jackson*sche Epilepsie sei hier nur gestreift. Interessant ist ein Fall, den *F.* beobachtet hat, der am linken Scheitellappen durch einen Streifschuß verwundet wurde, durch den Schuß das Bewußtsein nicht verlor, aber im Moment des Schusses einen elektrischen schmerzhaften Schlag in der ganzen rechten Körperhälfte verspürte und seitdem über dauernde Schmerzen in derselben klagt.

Was die Bewegungsstörungen bei Verletzungen des Scheitellappens anlangt, so hat *F.* dieselben auch bereits im März 1917 in



Dresden ausführlich erörtert. Er hat daselbst darauf hingewiesen, daß die dabei zu beobachtende Koordinationsstörung einmal durchaus dem Typus der tabischen Ataxie ähnelt, und zwar sowohl am Arm wie am Bein. Bei doppelseitiger Scheitellappenläsion sah *F.* wiederholt ausgesprochene Ataxie beider Beine mit deutlichem stampfenden Schleudergang wie bei Tabes. Der häufigere Typus der Koordinationsstörung bei Scheitellappenläsion ist aber zweifellos der Intentionstremor. Derselbe ähnelt dem, wie er bei multipler Sklerose beobachtet wird, in allen Einzelheiten. Manchmal ist er nur sehr feinschlägig, manchmal dagegen außerordentlich grobschlägig und ausfahrend. Wenn Herr *Kleist* glaubt, hierfür einen besonderen Namen, nämlich Aktionswackeln einführen zu müssen, so möchte *F.* dem nicht zustimmen, da nach seiner Ansicht die Begründung, die Herr *Kleist* anführt, auf falschen Voraussetzungen beruht. Der Intentionstremor, wie er bei multipler Sklerose beobachtet wird, und wie er übrigens auch bei zerebellaren Läsionen und Bindearmläsionen so häufig ist, ist ja keineswegs nur an die Intention an sich gebunden, sondern besteht während der Ausführung der Bewegung fort und, was besonders hervorgehoben werden muß, besteht vor allen Dingen auch bei statischen Muskelleistungen, weshalb man ja auch gar nicht selten von statischem Intentionstremor redet, ja sehr häufig tritt der Tremor überhaupt erst auf im Verlauf der Bewegung oder er tritt erst auf, wenn die Bewegung an sich gut und ohne wesentlichen Tremor ausgeführt worden ist und nun das Glied zum Zwecke einer statischen Leistung in Ruhe gehalten werden soll; z. B. wird das Glas zum Munde geführt, kann aber am Mund nicht ruhig gehalten werden, gerät vielmehr in grobschlägigstes Zittern. Eine dritte Form, in der sich die Koordinationsstörung bei Parietallappenläsionen dokumentiert, hat große Ähnlichkeit mit athetotischen Bewegungen, und zwar tritt auch sie dann zutage, wenn ein Glied, etwa die Hand oder die Finger, in Ruhe ausgestreckt gehalten werden soll. Dabei geraten, besonders wenn die Kontrolle der Augen ausgeschaltet ist, Hand und Finger, gelegentlich aber auch der ganze Arm in eine athetoseähnliche Unruhe, führen langsame Bewegungen auf und ab um die geforderte Ruhelage herum aus. Auch diese athetoseähnliche statische Ataxie ist übrigens von der Tabes dorsalis cervicalis her längst bekannt.

Dann ist noch zu erwähnen, daß gelegentlich bei Parietallappenläsionen es zu einer Dissoziation festgefügter Muskelassoziationen kommt. So klappt z. B. beim Faustschluß die Hand im Handgelenk um. Beim Führen eines Glases zum Munde, was durch Vorderarmbeugung geschieht, fehlt die in der Norm dabei stets erfolgende Abduktion des Oberarmes und ähnliches.

Was das Vorbeizeigen bei Parietallappenläsionen anlangt, so steht *F.* auf dem Standpunkt, daß es sich hierbei einfach um einen Ausdruck der Ataxie handelt. Das Vorbeizeigen zeigt daher auch kein konstantes

Abweichen nach einer bestimmten Seite und keine bestimmte Größe, sondern erfolgt bald mehr nach innen, bald mehr nach außen, nach oben oder unten. Sehr häufig ist bei Parietallappenläsionen Adiadochokinese, aber auch diese ist hierbei nur als Ausdruck einer Koordinationsstörung aufzufassen und stets gepaart mit den übrigen Ausdrucksweisen derselben.

Bei Stirnhirnläsionen hat F. recht häufig isolierte Adiadochokinese angetroffen, und zwar ohne jede andere motorische Störung, also ohne Parese, ohne Spasmen, ohne Ataxie usw. Die Stirnhirnadiadochokinese nimmt also in dieser Hinsicht eine besondere Stellung ein. Vorbeizeigen ist nach Ansicht von *F.* bei Stirnhirnläsionen äußerst selten, zeigte aber in den wenigen Fällen, in denen es beobachtet wurde, doch einen konstanten Fehler nach einer Richtung, besonders nach innen und unten. Nystagmus ist bei Stirnhirnläsionen als Dauersymptom nur in ganz wenigen Fällen beobachtet worden, häufiger aber bei akuten Verletzungen.

Was die psychischen Störungen beim Kopfschuß anlangt, so ist in dem Material von *Foerster* die Kommotionspsychose doch recht häufig festgestellt worden. Retrograde Amnesie geringeren oder stärkeren Grades besteht sehr lange, in manchen Fällen erstreckt sie sich sogar über weite Zeiträume bis an den Beginn des Feldzuges. Andererseits kann *F.* dem Referenten *Forster* nicht zustimmen, daß er das apathische Syndrom ganz ablehnt. Es kommt in der von *Allers* beschriebenen Form doch recht häufig zur Beobachtung. Übrigens betont ja auch *Allers*, daß das apathische Syndrom keineswegs etwas für den Kopfschuß Charakteristisches sei, sondern ein Ausdruck aller der Prozesse, die überhaupt erhöhten Hirndruck mit sich bringen. Erhöhter Hirndruck ist nach den Erfahrungen von *F.* nicht nur in der ersten Zeit nach dem Kopfschuß vorhanden, sondern sehr häufig auch noch nach Jahr und Tag in beträchtlicher Höhe festzustellen. Die Einwände, die Herr *Poppelreuter* dagegen erhoben hat, daß nämlich die Angaben der Autoren über erhöhten Hirndruck nicht beweiskräftig seien, weil der Druck nur im Sitzen gemessen sei, erübrigen sich wohl für jeden, der mit dem Wesen des Hirndrucks und der Technik seiner Messung sachlich vertraut ist.

Was die psychischen Defektzustände und die sogenannte traumatische Demenz nach Kopfschuß anlangt, so betont *F.*, daß in einer großen Zahl von Fällen doch recht erhebliche Dauerausfälle festgestellt werden können. Die Merkfähigkeit hat meist beträchtlich gelitten, die Aufmerksamkeit erlahmt rasch und leicht, Konzentration ist manchmal überhaupt nicht möglich, das Auffassungsvermögen ist oft erschwert und auch das Urteil entschieden abgeschwächt. Dazu kommt eine nicht selten beträchtliche Einschränkung der früheren Kenntnisse der Leute. Interessant sind in dieser Hinsicht die sogenannten Partialdefekte. Der geistige Besitzstand ist im wesentlichen intakt und weist



nur einzelne ganz scharf begrenzte Lücken auf. So haben manche Fälle vollkommen das Kopfrechnen verlernt, bei manchen sind die geographischen Kenntnisse ganz verloren gegangen. Ein Fall, über den *Bumke* berichtet hat, betrifft einen Kaufmann, welcher früher als Expedient in einem großen Geschäft tätig war, nach seiner Entlassung in dieses Geschäft wieder eintrat, hier nun aber feststellen mußte, daß er sämtliche Adressen der früheren Kunden vergessen hatte. Die sogenannte Witzelsucht hat *F.* bei Stirnhirnschüssen wiederholt beobachtet, allerdings war sie stets mit einer euphorischen Stimmung überhaupt gepaart, und die Kranken zeigten im ganzen erhebliche psychische Defekte. Endlich ist noch zu erwähnen, daß manche Fälle dauernd die Symptome der *Korsakow*schen Psychose zeigen.

Goldstein-Frankfurt a. M. möchte die Aufmerksamkeit auf eine Gruppe von Ausfallerscheinungen als Folge lokalisierter Hirnverletzungen, die sowohl von Herrn *Kleist* wie auch sonst bisher kaum Berücksichtigung gefunden hat, lenken: die umschriebenen körperlichen Störungen bei Hirnverletzten.

Es handelt sich um Veränderungen an Puls, Temperatur, Blutdruck, Störungen der Genitalfunktionen usw. *G.* betont, daß wir die außerordentliche Gelegenheit, ein sowohl praktisch wie theoretisch sehr wichtiges und noch sehr dunkles Gebiet aufklären zu können, nicht ungenützt vorübergehen lassen sollten. Er selbst ist an anderer Stelle schon auf die Störungen eingegangen und möchte hier nur über zwei Fälle gestörter Genitalfunktion bei Hirnverletzung berichten.

In dem einen Falle handelt es sich um einen Schädelbruch mit Blutungen und einen chronischen Hydrozephalus. Hier entwickelte sich das Bild der Dystrophia adioposo-genitalis mit Verlust der Haare, Fettansammlung an Brüsten und Leib, Abrundungen der Form, Verlust des Sexualgefühles, Verkleinerung des Penis und Atrophie der Hoden bei einem erwachsenen Manne. Der Zustand besserte sich zur Zeit der Besserung des Allgemeinzustandes. Wahrscheinlich haben wir es hier mit einer Verletzung der Hypophyse oder Schädigung derselben durch Hydrozephalus resp. beides zu tun.

Im zweiten Falle entwickelte sich eine Störung der Sexualfunktion im Anschluß an ein Schädeltrauma, das besonders zu Störungen einer Kleinhirnhälfte geführt hat. Es handelt sich um einen 40 jährigen Kaufmann. Früher gesund. Seit Januar 1916 im Felde. Februar 1917 durch Granateinschlag fortgeschleudert. Nachher besonders Sausen. Im Lazarett wurde eine Labyrintherschütterung festgestellt. Außerdem bestand Doppelsehen. Während seine sexuellen Fähigkeiten, wie er bei einem Urlaubsaufenthalt zu Hause konstatieren konnte, kurz vor der Erkrankung völlig intakt waren, merkte er, als er zirka acht Tage nach der Explosion zu Hause war, daß dies nicht mehr der Fall sei. Er hatte



keine ordentlichen Erektionen mehr, der Same floß frühzeitig ab. Später stellte er fest, daß der rechte Hoden kleiner und weicher geworden war.

Die Untersuchung im Juli 1917 ergab: Beschwerden: Sausen, kein dauernder Schwindel, aber Anfälle, muß sich plötzlich halten, hat dabei einen heißen Kopf, Kribbeln in Fingern und Fußsohlen. Häufig Kopfdruck, Sausen im Kopf, keine Übelkeit, kein Erbrechen. Ist leicht erregt, hat leicht Herzklopfen, ist matt, schläft schlecht.

Objektiv: mittelgroß, innere Organe o. B. Puls 22 in einviertel Minute. Nach zweimaligem Durchszimmergehen 27 Pulse. Starke vasomotorische Übererregbarkeit. Gesteigerte Sehnenreflexe. Keine Störungen der Motilität und Sensibilität. Der rechte Hoden ist kleiner und weicher als der linke. Kein Romberg, kein Nystagmus. Beim Gehen mit geschlossenen Augen Vorbeigehen nach links. Beim Stehen mit geschlossenen Augen und Füßen Gefühl, nach links zu fallen. Schwanken. Vorbeizeigen: rechts nach oben, auch etwas links. Rechts Adiadochokinesis, links nicht. Rechts werden Gewichte überschätzt.

Wahrscheinlich hat es sich um einen Schädelbruch mit besonderer Beschädigung des rechten Kleinhirnes gehandelt (Doppelbilder), vielleicht durch eine Blutung auf dasselbe. Im Anschlusse daran trat die objektive und funktionelle Störung von seiten des Genitalapparates auf. Bemerkenswert ist besonders die Atrophie des Hodens auf der gleichen Seite wie die Kleinhirnschädigung.

Der sehr interessante Befund ruft uns alte Anschauungen ins Gedächtnis, die besonders von *Gall* vertreten wurden und spezielle Beziehungen zwischen der Ausbildung des Hinterkopfes und der Entwicklung der Sexualfunktion statuieren wollten.

Frl. *Reichmann*-Königsberg spricht zur Lokalisation im Stirnhirn. Sie erinnert an zwei gemeinsam mit dem Assistenten an der Universitäts-Ohrenklinik Königsberg Dr. *Blohmke* im Arch. f. Ohrenheilkunde Bd. 101 mitgeteilte Fälle von Großhirnverletzung mit Vorbeizeigen, das nach Ausschluß aller labyrinthären (auch kochlearen), zerebellaren und motorischen oder sensiblen Lähmungserscheinungen (*Stiefler*) auf die Großhirnverletzung bezogen wurde. Einzelne Fälle von *Beck*, je ein Fall von *Rothmann* und von *Schultz* lassen nach Ansicht der Rednerin die gleiche Deutung zu, während bei der Mehrzahl der in der Literatur beschriebenen Fälle auch ihrer Auffassung nach peripherische Vestibular- oder zerebellare Fernsymptome nicht mit genügender Sicherheit ausgeschlossen werden können. Daß jedoch nicht alle Fälle von Vorbeizeigen bei Stirnschußverletzungen als Folge zerebellarer Fernwirkung aufgefaßt werden dürfen, beweisen die neuerdings von *Szász* und *Podmaniczky* im Neurol. Zentralbl. mitgeteilten Untersuchungen. Diese Autoren kühlten nach dem Vorgange von *Trendelenburg* und *Barany* Stirnschußverletzte mit



Schädelknochendefekten an der Stelle des Defektes mit Chloräthyl ab und erzielten in sieben Fällen Vorbeizeigen nach der kontralateralen Seite. Den gleichen Befund konnte Redn. mit *Blohmke* bei fünf von sieben untersuchten Fällen erheben. Sie sieht darin einen Beweis für die Möglichkeit der zerebralen Auslösung des Vorbeizeigens. Gilt diese als bewiesen, so ergibt sich als neues Problem die Frage, ob das zerebrale Vorbeizeigen Folge einer Schädigung eigener Zeigezentren, etwa der Endstätten fronto-pontino-zerebellarer Bahnen im Stirnhirn oder einer solchen der zerebralen Ausbreitungsstätten des Vestibularapparates sind. Vortr. erinnert an die experimentellen Untersuchungen von *Bauer* und *Keidlen*, denen zufolge Exstirpation einer Großhirnhemisphäre Übererregbarkeit des einen und Untererregbarkeit des anderen Vestibulapparates zur Folge hatte, und an eine in gleicher Richtung sprechende klinische Beobachtung von *Rhese*, der sich zwei von Redn. mit *Blohmke* beobachtete Fälle anschließen. Diese machen wahrscheinlich, daß das zerebrale Vorbeizeigen auch Folge einer zentralen Vestibularis-Schädigung sein kann. Andererseits sprechen die Beobachtungen von *Szácz* und *Podmaniczky* für die Entstehung des zerebralen Vorbeizeigens durch Erkrankung eigener Zeigezentren bei intaktem zentralen und peripheren Vestibularapparat. Denn bei ihren Kranken fehlte allein das Vorbeizeigen in einer bestimmten Richtung bei entsprechender Reizanwendung auf beide Labyrinthe (Warm-Ausspülen des einen und Kalt-Ausspülen des anderen Ohrs), während die übrigen Reaktionsbewegungen in typischer Weise auslösbar, insbesondere auch die kalorische Erregbarkeit beider Labyrinthe bei umgekehrter Reizanwendung völlig intakt waren. Weitere Untersuchungen über das interessante Problem sind noch notwendig.

Loewenthal-Braunschweig: Bei der sensorischen Aphasie scheinen die Störungen um so stärker, je weniger das Wortverständnis durch die Anschauung gestützt ist. So konnte ein Hirnverletzter alle Worte verstehen, die sich auf Gegenstände bezogen, die er sehen konnte, z. B. Bettdecke, seine Hände, andere Personen, aber nicht die Worte und Aufforderungen, die sich auf seinen übrigen Körper bezogen, soweit er seiner Anschauung entzogen war (Ohren, Haare, Beine, Hemd, Kopfkissen, Bettlaken). — Ferner fragt *L.* nach der Lokalisation der traumatischen Hirnschwäche und des vasomotorischen Symptomenkomplexes; in Betracht käme sowohl ein chronischer meningealer Reizzustand, wie der chronische gesteigerte Liquordruck, wie auch die Hirnschwellung *Reichardts*, schließlich auch Schädigung der zerebralen Vasomotoren-Zentren. Für letzteres spricht vieles, insbesondere die experimentelle Steigerung der subjektiven und objektiven Störungen durch Alkohol, ihre Verringerung durch Ergotin. Als objektives Symptom empfiehlt *L.* den Bückversuch. *L.* erwähnt dann noch Wurzelsymptome bei Hirnverletzten (Parästhesien in Armen und Beinen beim Bücken), die auch ent-



weder durch gesteigerten Liquordruck oder durch chronische Rückenmarksschwellung zu erklären sind.

Peritz-Berlin: Herr Professor *Kleist* hat Ihnen über Fälle berichtet von Gehirnschüssen, bei denen er Blasenstörungen gesehen hat. Auch ich habe solche beobachtet. Soweit es sich nicht um verkappte Epilepsien handelte, betraf es ähnliche Fälle wie die von Herrn *Kleist* berichteten. Es sind solche, bei denen ein Tangentialschuß quer die Sagittalnaht getroffen hat, so daß doppelseitige Lähmung der Beine auftrat. In der Deutung dieses Symptoms bin ich aber mit Herrn *Kleist* nicht einverstanden, ich glaube, daß es sich hier um Fernwirkungen handelt, nicht aber, daß dadurch ein Blasenzentrum an der Großhirnrinde getroffen wurde. Ich bin vielmehr der Ansicht, daß durch Contrecoup eine Verletzung des Thalamus opticus stattgefunden hat, in dem ja nach *Bechterew* ein Blasenzentrum sich befinden soll. Zu dieser Meinung komme ich auf Grund der Betrachtung vieler Röntgenplatten, die mir zeigen, daß das Geschoß den Schädel und das Gehirn nicht bloß an der Einschlagstelle verletzt, sondern außerordentlich starke Explosivwirkungen auf den Schädel ausübt. Infolgedessen wird der Schädel vielfach zersprengt, sodaß man zahlreiche Fissuren von der Einschlagsstelle aus sich über den ganzen Schädel ausbreiten sieht. Unter 130 Röntgenplatten habe ich 43 mal derartige Veränderungen gesehen. Ich zeige Ihnen hier die Röntgenpausen von einigen derartigen Fällen, die allerdings die extremsten Fälle darstellen. Sieht man aber diese Veränderungen, so muß man sich sagen, daß die Lokalisation in solchen Fällen doch mißlich ist, und daß durch Contrecoup sehr leicht Fernwirkungen auftreten können. So erkläre ich mir das häufige Auftreten von anfänglich motorischen Aphasien bei Schüssen, welche die Beinregion getroffen hat, und so habe ich mir auch die Blasenstörung bei den oben erwähnten Fällen erklärt, die in dem einen Fall kombiniert war mit einer ausgesprochenen Ataxie. Ich möchte dann mit einigen Worten noch auf die Rechenstörungen, die man bei Gehirnverletzten zahlreich zu beobachten Gelegenheit hat, eingehen. Herr *Kleist* hat sie nur in der Einleitung erwähnt. Man findet Rechenstörungen ganz allgemeiner Natur als Folge der herabgesetzten Konzentrationsfähigkeit, der verminderten Merkfähigkeit und Gedächtnisschwäche, der Verlangsamung aller psychischen Funktionen bei allen möglichen Gehirnverletzungen, vornehmlich bei Stirnschüssen. Zu einer lokalisierbaren, von dieser eben geschilderten auch deutlich zu differenzierenden Rechenstörung führt aber die Verletzung des linken Hinterhirns. Diese Störung tritt immer in Verbindung mit rechtsseitigen Hemianopsien, sehr häufig mit Alexien auf und ist nicht selten vergesellschaftet mit den Resten einer sensorischen Aphasie; doch habe ich einen Fall gesehen, bei dem sicher eine solche auch unmittelbar nach der Verletzung nicht vorhanden gewesen ist. Sie ist also nicht ein Teil einer sensorischen Aphasie, sondern eine für sich selbständig bestehende Störung. Ich habe



das Material von *Poppelreuter* durchgesehen und gefunden, daß hauptsächlich die Fälle mit rechtsseitiger Hemianopsie oder bei doppelseitiger Hemianopsie solche Störungen aufwiesen, während ich nur in einem Falle bei einer linksseitigen Hemianopsie diese Rechenstörungen beobachtete. Dieser Fall betraf einen Linkshänder, der anfänglich auch eine leichte motorische Aphasie gehabt hat. Diese Rechenstörung ist charakterisiert durch eine starke Verlangsamung des Rechnens, durch sehr ausgesprochene Gedächtnisschwäche nur für Zahlen und ferner durch Störung des Ziffernbegriffes, wobei das Positionssystem teilweise verloren gegangen ist, so daß Einer und Zehner beim Lesen und Schreiben umgestellt werden, also statt 27 72 und ähnliches, und endlich durch Störung des Zahlenbegriffes, so daß das Mehr oder Weniger von zwei Zahlen nicht mehr erkannt wird usw.

Schließlich habe auch ich die Beobachtung gemacht, daß die retrograde Amnesie etwas sehr Seltenes bei den Gehirnverletzten ist. Die meisten Verwundeten erinnern sich sehr deutlich der Ereignisse kurz vor der Verletzung, geben sogar an, aus welcher Entfernung sie den Granatsplitter oder die Kugel bekommen haben, nur hin und wieder hört man, daß der oder jener nicht weiß, ob er den Stahlhelm bei der Verletzung getragen hat, und ähnliches. Der Mangel dieser retrograden Amnesie ist sehr auffällig, doch möchte ich mir das in der Weise erklären, daß die meisten Gehirnverletzten wenige Stunden nach der Verletzung trepaniert werden, so daß die schweren Schädigungen der Hirnschwellung nicht auftreten und infolgedessen die psychotischen Momente sich nicht bemerkbar machen können. Die späteren Störungen, wie Konzentrationsstörungen, Mangel der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses und der Überschaubarkeit sind bei allen Gehirnverletzten beobachtet worden. Ich möchte noch im Anschluß an den Vortrag von Herrn *Reichardt* rein hypothetisch in bezug auf die eben besprochenen Erscheinungen folgendes sagen. Wenn die Ansicht richtig ist, daß die Erschütterung der Medulla oblongata die Bewußtlosigkeit hervorruft, so könnte man sich die Entstehung einer Hirnschwellung in folgender Weise erklären: *Meyer* hat nachgewiesen, daß neben dem Zentrum im verlängerten Mark, welches den Zuckerstoffwechsel reguliert, auch ein solches vorhanden ist, das den Chlorstoffwechsel beeinflußt, und daß die Verletzung dieses einen Chlordiabetes hervorruft. Unter diesen Umständen könnte eine plötzliche Chlorverarmung alle osmotischen Verhältnisse im Körper verändern und vor allem im Gehirn durch die osmotische Störung eine Schwellung der Ganglienzellen eintreten, also zu einer allgemeinen Hirnschwellung führen.

Pfeifer-Nietleben: Die Kriegserfahrungen sind geeignet, zur Klärung der Anschauungen über die Grenzen der motorischen und sensiblen Hirnrindenregion beizutragen. Von den ersten 100 im Sonderlazarett für Hirnverletzte an der Landesheilanstalt Nietleben aufgenommenen



Fällen zeigten 60, deren Schußverletzungen im wesentlichen die Zentro-Parietalregion betrafen, motorische und sensible Halbseitenstörungen, und zwar war die Motilität und Sensibilität in 49 von diesen Fällen gemeinsam, allerdings häufig in recht verschiedenem Grade betroffen, während es sich bei den übrigen 11 Fällen fünfmal um teils reine, teils fast reine motorische und sechsmal um teils reine, teils fast reine sensible Halbseitenstörungen handelte. Die Kriegserfahrungen bestätigen demnach die dualistische Lehre von der getrennten Lokalisation der Motilität und Sensibilität in der Hirnrinde. Sie stehen im Widerspruch zu der zuletzt von *Horsley* sowie von *Dejerine* und *Long* vertretenen Anschauung, daß einerseits Motilitätsstörungen ohne Sensibilitätsstörungen und andererseits Sensibilitätsstörungen ohne Motilitätsstörungen nicht vorkommen. Dagegen stehen sie sehr wohl im Einklang mit den anatomisch-lokalisatorischen und experimentell-physiologischen Tatsachen.

Für die Lokalisation der fokalen Motilitätsstörungen sind abgesehen von den in dem Referat herangezogenen umschriebenen Lähmungserscheinungen besonders auch die rindenepileptischen Anfälle motorischen Charakters von Wichtigkeit. Die durch experimentelle Hirnrindenreizungen an Affen und Menschen festgestellten motorischen und sensiblen Reizfoci wurden dadurch in der Hauptsache bestätigt.

Vortr. konnte jedoch bei einigen Fällen Beobachtungen machen, die damit nicht ganz übereinstimmen. So folgt z. B. bei der Aufzeichnung der Reizfoci von *Vogt* an der motorischen Zone von dorsal nach ventral: 2.—5. Finger, Daumen, Augenregion, Mundregion. Bei zwei meiner Fälle folgten auch tatsächlich Zuckungen der Augenlider auf solche lediglich des Daumens, bei zwei anderen aber Zuckungen des Mundwinkels auf solche des Daumens, Zeigefingers und Mittelfingers, bei zwei weiteren schließlich Zuckungen des Mundwinkels auf solche lediglich des 4. und 5. Fingers. Es müßte also demnach, wenn das *Vogt*sche Schema richtig ist, entweder Daumen und Augenregion bei den letztgenannten *Jackson*schen Anfällen übersprungen worden sein, oder aber es müßten individuelle Unterschiede in der Anordnung der Foci vorkommen. Ferner muß man nach den von mir beobachteten motorischen rindenepileptischen Anfällen annehmen, daß beim Menschen nicht ein Reizfokus des Daumens einem solchen der übrigen vier Finger gegenübersteht, sondern daß Daumen, Zeigefinger und Mittelfinger einerseits und 4. und 5. Finger andererseits enger miteinander verknüpft sind und von einem bestimmten Reizpunkt aus in Bewegung gesetzt werden.

Beachtenswert sind noch die Angaben einiger Kranken über das Verhalten der gelähmten Gliedmaßen nach dem rindenepileptischen Anfall. Die meisten gaben an, daß die paretischen Glieder von 10 Minuten bis zu einem Tag lang nach dem Anfall schlaffer und kraftloser seien, daß das Knie des paretischen Beines während dieser Zeit zum Einknicken neige und der paretische Arm schwerer sei. Bei zwei Kranken war



aber gerade das Gegenteil der Fall. Der eine gab an, daß er den paretischen linken Arm nach dem *Jackson*schen Anfall mehrere Stunden leichter heben und die Finger so gut bewegen konnte, wie vor der Verwundung. Bei dem anderen ging nach dem Anfall zehn Minuten lang das Öffnen und Schließen der Finger, das ihm sonst wegen der Spasmen nur mit Mühe gelang, sehr leicht vonstatten. Es handelte sich hier um rindenepileptische Anfälle von 1—3 Minuten Dauer bei erhaltenem Bewußtsein. Offenbar kann durch solche kurzdauernde Anfälle eine mehr oder weniger lang anhaltende Besserung der Leitungsfähigkeit der noch erhaltenen Pyramidenfasern bewirkt werden.

Schon früher sind nicht selten homolaterale Hemiplegien beobachtet worden. Als Ursache hierfür wurde häufig mangelhafte Anlage oder häufiges Fehlen der Pyramidenkreuzung angenommen. Die Erfahrungen der neueren Zeit lassen es aber als ziemlich sicher erscheinen, daß es sich bei fast allen diesen Fällen um Beobachtungsfehler gehandelt hat, die darin bestanden, daß Herde in der gegenüberliegenden Hirnrinde übersehen oder Fernwirkungen auf die gegenüberliegende Pyramidenbahn namentlich in ihrem Verlauf durch die innere Kapsel, den Hirnschenkelfuß und die Brücke nicht in Rücksicht gezogen wurden. Bei den Schädelschüssen kommen außer Geschoßsplittern, welche in die gegenüberliegende Hemisphäre eindringen und die Pyramidenbahn in ihrem Verlauf von der Hirnrinde bis zur Kreuzung schädigen können, namentlich Blutungen durch Gefäßzerreißungen infolge von Schädelfissuren an der gegenüberliegenden Seite und Quetschungen der Hirnrinde durch Anprall an die gegenüberliegende Schädelkapsel in Betracht.

Vor kurzem konnte ich einen Fall von homolateraler Hemiplegie, und zwar von rechtsseitiger spastischer Lähmung bei Schußverletzung des rechten Scheitellappens beobachten. Das Röntgenbild klärte den Fall dahin auf, daß nur eine scheinbare homolaterale, in Wirklichkeit aber eine kontralaterale Hemiplegie vorlag. Es zeigt nämlich, daß ein Granatsplitter durch den rechten Scheitellappen und den rechten Seitenventrikel hindurch in die linke Hemisphäre eingedrungen und dort in der Gegend des linken Hirnschenkels bzw. dessen Übergang in die innere Kapsel stecken geblieben war. Dadurch wurde die linke Pyramidenbahn lädiert und die rechtsseitige Hemiplegie hervorgerufen. Der Fall lehrt, wie vorsichtig man mit der Annahme einer homolateralen Hemiplegie infolge angeborenen Fehlens der Pyramidenkreuzung sein muß.

In fünf Fällen von homolateraler Sensibilitätsstörung, die sicher nicht hysterischer Natur waren, da sie ausgesprochene Zeichen der organisch bedingten zerebralen Gefühlsstörung aufwiesen, konnten durch Röntgenuntersuchung Geschoßteile in der gegenüberliegenden Hemisphäre nicht festgestellt werden. Hier hat es sich wahrscheinlich um Hirnrindenläsion durch Contrecoup gehandelt. Wie stark solche Hirnrinden-



verletzungen an Stellen weit ab von der Schußverletzung sein können, zeigte ein Fall von Granatverletzung am rechten Hinterhauptlappen, der ein Jahr nach der Schußverletzung zur Sektion kam. Es fanden sich hier nicht nur am gegenüberliegenden Hinterhauptlappen, sondern auch an der Basis des gegenüberliegenden Schläfen- und Stirnlappens mehr oder weniger ausgedehnte Nekroseherde an der Hirnrinde.

Eine Erweiterung unserer Kenntnisse in bezug auf die Symptomatologie der organischen Hirnerkrankungen ist durch die Kriegserfahrungen namentlich auf dem Gebiete der zerebralen Sensibilitätsstörungen erzielt worden. Es ist erstaunlich, ein wie hoher Prozentsatz der Hirnverletzten sensible Halbseitenstörungen aufweist, und wie verschiedene Formen der kutanen Sensibilitätsstörungen aufgedeckt werden, wenn man genau darauf hin untersucht. Unter 150 Fällen von Hirnverletzten fanden sich im ganzen bei 73 organisch bedingte Sensibilitätsstörungen, also nahezu bei der Hälfte der Fälle. Die Hirnverletzung war in allen diesen Fällen der Art, daß die hintere Zentralwindung bzw. der Scheitellappen betroffen oder doch in Mitleidenschaft gezogen war. Die der Extremitätenachse parallel laufenden lateral oder medial gelegenen Störungen entsprechen recht selten genau den Spinalsegmenten. Vortr. stimmt dem Referenten darin zu, daß hier eine spezifisch kortikale Abänderung der spino-segmentalen Störungen vorliegt. Es kommen die verschiedenartigsten Kombinationen der Haupttypen der kortikalen Sensibilitätsstörungen vor, wozu noch die fokalen Sensibilitätsstörungen hinzukommen, so daß man etwa 8—10 verschiedene Gruppen unterscheiden könnte. Besonders wird auf die Befunde von ungleichnamigen latero-axialen Störungen an Hand und Fuß sowie von distalen Typen hingewiesen, weil das Vorkommen dieser Formen von den meisten Voruntersuchern, besonders auch von *Goldstein*, in Abrede gestellt wurde.

Was die psychischen Störungen bei Hirnverletzten betrifft, so konnte unter 23 Fällen von Stirnhirnverletzungen in keinem Fall das Zustandsbild der Moria, also einer im auffallenden Gegensatz zu der Schwere der Verletzung stehenden heiteren, unbekümmerten Stimmungslage mit Neigung zum Witzeln, festgestellt werden. Es könnte dies damit zusammenhängen, daß die Beobachtung sich nur auf Fälle bezog, bei welchen die Wundbehandlung abgelaufen war, die Stirnhirnverletzung also bereits mehr oder weniger lange zurücklag. Immerhin stimmt das Verhalten mit früheren Beobachtungen des Vortr. bei Hirntumoren überein, welche ergaben, daß Witzelsucht bei Tumoren in anderen Hirnteilen ebenso häufig zur Beobachtung kommt wie bei Stirnhirntumoren. In einem Fall von Stirnhirnverletzung wurde ein monatelang bestehendes katatonisches Zustandsbild in Form von Akinese und Mutazismus beobachtet.

Ausgesprochene psychische Störungen traten, abgesehen von den bei fast allen Hirnverletzten durch experimentell-psychologische Unter-

suchungen nachweisbaren allgemeinen und umschriebenen psychischen Ausfallerscheinungen, namentlich bei traumatischen Epileptikern hervor. Unter 51 Fällen traumatischer Epilepsie zeigten 11 psychische Störungen. Dabei handelte es sich zweimal um Dämmerzustände und neunmal um affektive Krankheitserscheinungen besonders in Form von epileptischer Charakterveränderung und Reizbarkeit.

3. Sitzung am 26. April 1918 im Physiologischen Institut.

Es wird zunächst der geschäftliche Teil erledigt. Der von *Kreuser* gestellte Antrag (2000 M. für Bewilligung eines Arbeitsplatzes im Münchener Forschungsinstitut für Psychiatrie) wird einstimmig angenommen. Bei Vergebung des Platzes sollen zunächst diejenigen kleineren Bundesstaaten bevorzugt werden, die nicht in der Lage sind, selbst einen Platz zu mieten. Der Vorstand soll über die Vergebung des Platzes verfügen.

Die Versammlung beschließt, obgleich nicht als Jahresversammlung einberufen, die durch den Tod *Kreusers* erledigte Stelle im Vorstand wieder zu besetzen. Daraufhin schlägt der Vorstand vor, ein österreichisches Mitglied zu wählen, da neuerdings eine größere Zahl österreichischer Psychiater in den Verein eingetreten sind. Die Versammlung stimmt einmütig zu, daß die Stelle Prof. *v. Wagner-Jauregg* angeboten werden solle.

Über die vom Vorstand angeregte Änderung der Satzung (begrenzte Amtsdauer der Vorstandmitglieder) sowie über eine etwaige Erhöhung der Zahl derselben wird erst in der ordentlichen Versammlung unter Neuwahl des Gesamtvorstandes verhandelt oder beschlossen werden, über deren Einberufung der Gang der Kriegsereignisse entscheiden wird. Herr *Siemens* hat sich bereit erklärt, die von ihm vorläufig übernommenen Geschäfte des Schatzmeisters bis dahin weiterzuführen.

Prof. *Obersteiner*-Wien wird unter allgemeinem Beifall von der Versammlung zum Ehrenmitglied ernannt als Zeichen besonderer Wertschätzung der reichen wissenschaftlichen Lebensarbeit des hochverdienten Mannes und in dankbarem Empfinden für seine uns stets bewährte freundliche Gesinnung.

Stransky-Wien dankt im Namen der österreichischen Psychiater für die Ernennung eines österreichischen Vorstandmitgliedes und lädt die Versammlung zu einer baldigen Tagung in Wien ein.

In die Justizkommission werden auf Vorschlag des Vorstandes für die verstorbenen Mitglieder *Cramer* und *Longard Wilmanns*-Heidelberg und *Hübner* Bonn gewählt, so daß der Kommission jetzt *Aschaffenburg*, *Hoche*, *Hübner*, *v. Liszt*, *Moeli* (zurzeit Vorsitzender), *E. Schultze*, *Vocke* und *Wilmanns* angehören.

Zur Verlesung kommt eine Einladung des nordbayerischen Landesverbandes für Leichtathletik, zu dem am 28. April in Würzburg stattfindenden Vortrag des stellvertretenden Korpsarztes Dr. *Leu*-Berlin über



„Leibesübungen als Heilverfahren für Kriegsbeschädigte". Alle Herren, die an Kopfschußlazaretten tätig sind, werden zu einer besonderen Besprechung nach Schluß der Sitzung zusammentreten. —

Alsdann wird die Besprechung der ersten 3 Berichte und des Vortrags von *Brodmann* fortgesetzt.

Hübner-Bonn hat einen Fall von schwerer Hirnverletzung gesehen, bei dem einige Monate nach der Verletzung Halluzinationen auftraten, die 2 Jahre lang bestanden. Dann trat bei gleichzeitigem Rückgang der Kommotionserscheinungen Krankheitseinsicht ein. In einem andern Falle bestand monatelang Verfolgungswahn.

Der Begriff „traumatische Demenz" sollte zweckmäßigerweise durch Aufzählung der Einzelsymptome, welche der Kranke bietet, ersetzt werden, denn bei den Fällen *Hübners*, die 8, 10 Jahre und noch länger beobachtet waren, dominierten im Dauerzustand einzelne Symptome (z. B. die Reizbarkeit und Neigung zu Verstimmungen) so, daß ihnen gegenüber die intellektuellen Ausfälle erheblich an Bedeutung verloren.

Stransky-Wien: Meine jetzige Tätigkeit als Militärgerichtspsychiater in Wien bietet die Möglichkeit, ein nach Tausenden zählendes Material zu überschauen; soweit ich einstweilen mitteilen kann (freilich ist eine endgültig-verbindliche Abschätzung dermalen noch nicht möglich), zeigte sich bei den Kopfverwundeten wohl eine höhere Anfälligkeit für die Antriebe zu Affektdelikten, doch sonst scheinbar keine erheblichere erworbene ethische Depravation im landläufigen Sinne. — Gegen die Übertreibungen des Lokalisierens möchte ich doch Stellung nehmen: es geht wohl nicht an, Komplexe seelischer Erscheinungen wie etwa Schizophrenisches so einfach zu lokalisieren; so wenig sich choreatische mit katatonischen Motilitätsstörungen vergleichen lassen. In meinem Falle umschriebener Rindenatrophie, den ich vor Jahren veröffentlicht habe, war u. a. auch das „Katatone" bei Scheitellappenaffektion vorhanden; aber ich hüte mich, daraus allgemeinere Schlußfolgerungen zu ziehen. Man erwäge weiter, wie sehr gerade die so grundlegend-wichtigen Befunde *Brodmanns* dartun, welche Fährnisse es mit dem allzu schematischen Lokalisieren überhaupt hat. Ebensowenig kann man sagen, es beständen besonders enge Zusammenhänge zwischen amnestischem Syndrom und Hirndruck; wo ist denn der erhöhte Hirndruck bei der Paralyse oder der polyneuritischen Psychose, wo doch die klassischsten amnestischen Syndrome vorkommen? Etwas Weiteres, was auch hereingezogen wurde — es ist ja schon das Wort „Gall" gefallen! — ich habe einmal einen Offizier kameradschaftlich beraten, der angeblich nach einem Kopfschuß homosexuell geworden war; ein genaueres Examen ergab, daß doch schon vorher gewisse Anomalien des geschlechtlichen Fühlens bestanden haben; man sei also behutsam in der Wertung der kausalen Momente. Auch die Beobachtungen *von Wagner-Pötzls* — Aufpfropfung deliranter Züge hysterischer Färbung auf lokalisierte Hirnherdaffektion und bei damit korrespondierender lokalisa-



torischer Beziehung! — mahnen zur Vorsicht: Hysterisches als solches ist gewiß nicht lokalisierbar. Lokalisieren ist eben ein Mittel der Erkenntnis, nicht aber ihr Ziel und Selbstzweck.

Räther-Bonn rät, bezugnehmend auf den Hinweis *Forsters*, die Diagnose „traumatische Demenz" vorsichtig zu stellen: er hat auf seiner Kriegsneurotikerstation zahlreiche Fälle untersucht bzw. behandelt, die nach Kopfschuß im Laufe einer ein- bis mehrjährigen Lazarettbehandlung das Bild einer Verblödung geworden waren. Und doch handelte es sich in der Mehrzahl der Fälle nur um eine hysterische „Pseudodemenz", die in einer kurzen Heilsitzung nach der sogenannten *Kaufmann*-Methode beseitigt werden konnte (vgl. Neurol. Ztlbl. März 1918).

An zweiter Stelle weist Ref. auf psychogene Sehstörungen (5 Fälle) hin, ebenfalls nach Kopfschuß entstanden, die teils zur völligen Blindheit, teils infolge eines hochgradigen Konvergenzkrampfes zu einer Myopie geführt hatten, die mit Augengläsern (+10 und +11) korrigierbar waren. Letztere Störungen konnten stets in wenigen Minuten, ebenfalls nach der *Kaufmann*-Methode, restlos beseitigt werden. Eine ausführliche Beschreibung dieser psychogenen Sehstörungen nach Kopfschuß folgt demnächst an anderer Stelle.

Röper-Jena berichtete im Januar 1917 in Dresden gelegentlich der Tagung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen über seine Erfahrungen bei Hirnschüssen und besprach damals eingehend das Krankheitsbild der traumatisch-psychopathischen Konstitution. Trotzdem die Erfahrungen des Vortr. sich seitdem erheblich erweitert und vertieft haben — er verfügt jetzt über 240 durchweg lange Zeit beobachtete Fälle —, kann er im wesentlichen dem damals über die Prognose der Hirnschüsse Gesagten nichts Neues hinzufügen. Die damalige Statistik ergab, daß von den in die Heimatlazarette gelangten Hirnverletzten noch ca. 20% starben, von den Überlebenden sind $^3/_7$ als sozial verloren, $^3/_7$ als beschränkt erwerbsfähig, aber dauernd geschädigt anzusehen, nur $^1/_7$ bleibt frei von nachweisbaren Folgeerscheinungen, in diesem Siebentel überwiegen jüngere Individuen. Diese Statistik trifft auch jetzt noch zu. In dem damaligen Vortrag war die Zahl der posttraumatischen Epilepsie auf 12% angegeben, diese Zahl erscheint jetzt vielleicht etwas zu niedrig gegriffen.

Zum Referat des Prof. *Kleist* bemerkt *R.* daß er in 2 Fällen Blasenschwäche bei Verletzungen des Stirnhirnes sah, die Kranken näßten allerdings nur nachts ein. Bei mehreren doppelseitigen kortikalen Fußlähmungen sah *R.* keine Blasenstörungen.

Die von beiden Referenten geschilderten psychischen Veränderungen, besonders die auf affektivem und emotionellem Gebiet, bedürfen einer schärferen Gruppierung, das ist besonders für die Begutachtung notwendig. *R.* kann Prof. *Forster* nicht zustimmen, wenn er den Rahmen der epileptischen Charakterveränderungen so weit spannt. *R.* sah alle die geschilderten Symptome auch bei Patienten, bei denen nichts für eine Epi-



lepsie sprach. *R.* stellt in den Fällen, in denen bei erhaltener Intelligenz der Charakter verändert und die Reizschwelle für physische und psychische Reize erheblich herabgesetzt ist, die Diagnose traumatisch-psychopathische Konstitution. Natürlich muß man sich bei der Bewertung der subjektiven Angaben großer Skepsis befleißigen. Die tägliche Beobachtung, Mitteilungen der Angehörigen, Mitkranker und des Pflegepersonals, Arbeitsversuche, Selbstberichte und dergl., werden uns nach einiger Zeit ein objektives Urteil ermöglichen. *Forster* warnt davor, zu viel in die Kranken hineinzufragen; *R.*s Beobachtung lehrt, daß den Hirnverletzten sehr oft Unrecht geschieht, und daß des öfteren zu wenig auf ihre Klagen gehört wird. Besonders die Chirurgen berichten merkwürdig oft über Hirnverletzte, die durch operative Eingriffe nicht nur symptomlos, sondern auch beschwerdefrei gemacht wären, oder wenigstens so gut wie beschwerdefrei, die restierenden „leichten nervösen Erscheinungen" werden allzu gering bewertet. Das liegt nicht zum geringsten daran, daß die meisten Ärzte die leichteren psychischen Veränderungen nicht zu rubrizieren verstehen. Das Krankheitsbild der traumatisch-psychopathischen Konstitution — das übrigens keineswegs nur bei Stirnhirnverletzten auftritt — läßt sich wohl skizzieren und auch einigermaßen abgrenzen. *R.* stellt diese Diagnose oft; daß er sie nicht zu oft stellt, mag daraus hervorgehen, daß er unter rund 200 überlebenden Hirnverletzten nur etwa 35mal dieses Krankheitsbild diagnostizierte. Man könnte diskutieren, ob für die bezeichneten Fälle nicht auch die Diagnose traumatische Neurose Berechtigung hätte; dem Vortr. erscheint das inopportun, einerseits wegen der derzeitigen Anrüchigkeit der traumatischen Neurose, andrerseits weil die pathologischen Alterationen vornehmlich die Psyche betreffen.

Weygandt-Hamburg: Der Begriff der traumatischen Demenz ist früher wohl zu ausgiebig aufgestellt worden, und im ganzen ist daher *Forster* beizustimmen, daß man ihn einschränken und jeweils auch dahin differenzieren soll, welche Art von Ausfallerscheinungen vorliegt. Immerhin kommen schwere Fälle komplizierterer Ausfallerscheinungen nach Contusio oder auch nach Commotio vor. Vereinzelt bedingt eine Hirnverletzung in früher Kindheit eine Entwicklungshemmung, so daß wir von einer traumatischen Idiotie sprechen können, so in einem von *Rehm* beschriebenen Falle.

Weygandt demonstriert die Abbildungen der Schädel von zwei Fällen mit hochgradiger Schädel- und Hirnverletzung, deren erster, dessen linke Orbita mit den anliegenden Hirnteilen völlig zertrümmert war, etwa noch $1^1/_2$ Jahre lebte, während der zweite ein Jahrzehnt seinen Unfall überdauerte; beide waren in jeder Hinsicht dement, der letztere zeigte auch epileptoide Anfälle.

Von einem Lazarettfall werden die Röntgenbilder demonstriert, die ein senkrecht zur inneren Scheitelbeinfläche gerichtetes Infanteriegeschoß erkennen lassen. Geraume Zeit blieb er symptomlos, dann trat jedoch anfallweise psychische Verwirrtheit und Erregung auf, worauf es operativ



entfernt wurde. Also bedingungsweise ist auch der Begriff der traumatischen Psychose gerechtfertigt.

Wenn zu den Ausführungen der Hirnschwellung sich bisher noch kein Diskussionsredner geäußert hat, liegt dem wohl nicht Mangel an Interesse zugrunde, sondern die Auffassung, daß das Problem noch zu neuartig und wenig geklärt erscheint. An sich ist die von *Rieger* und *Reichardt* seit Jahren in verdienstvoller Weise erörterte Hirnschwellung ein bedeutsames Phänomen, das weiteren Studiums bedarf und wohl unter mannigfachen Bedingungen und auch in recht verschiedener Weise in Erscheinung treten kann. So liegen Schwellungserscheinungen den Fällen von Pseudotumor zugrunde, unter Umständen wohl auch in Zusammenhang mit gewissen Sklerosierungsprozessen der feineren Hirnarterien. Ferner sind Fälle beobachtet, in denen bei sekundärer Syphilis durch zu hohe Salvarsandosen schwere Vergiftungserscheinungen hervortraten und die Obduktion eine akute hämorrhagische Hirnschwellung unter kleinen, hämorrhagischen Herden darbot.

Es wird am ehesten ein Fortschritt zu erwarten sein, wenn man über den makroskopischen Begriff hinaus eingehende histologische Untersuchungen anstellt, die freilich die Gesamtheit der Hirnstruktur berücksichtigen müssen. Erstaunlich ist, wie unter Hirndruck durch Hydrozephalie gerade die Rindenarchitektur vielmals ganz unbeeinflußt erscheint, so in einem meiner kürzlich untersuchten Fälle, in denen der Hirnmantel des Schläfenlappens auf weniger als 3 mm zusammengepreßt war, der Volumverlust aber im wesentlichen nur die weiße Substanz betraf.

Daneben ist die Beobachtung des Innenreliefs des Schädels sicher von großem Wert. In Friedrichsberg wurden seit einer Reihe von Jahren bei Schädelpräparaten auch die Ausgüsse des Kavums hergestellt. Zu beachten ist übrigens auch die Wirkung des Hirnreliefs auf die Außenseite des Schädels, wie es vor Jahren von *Schwalbe* dargelegt worden ist und auch durch Hinweise auf zu weitgehende Schlußfolgerungen in dieser Richtung im Sinne von *Gall* nicht bestritten werden kann. Bei Säugetieren ist der Spielraum zwischen Hirn und Schädel im ganzen sehr knapp, bei windungsreichen Hirnen noch enger als bei lissenzephalen.

Die Bedeutung der Medulla oblongata für Bewußtseinsverlust scheint mir etwas zu hoch eingeschätzt, während meines Erachtens kleine Rindenblutungen sehr wohl ausreichend sind, um Bewußtlosigkeit hervorzurufen.

Ein wertvoller Weg zur Klärung des Hirnschwellungsproblems dürfte sich aus dem Tierversuch ergeben.

Liepmann-Berlin: Als wichtiges Ergebnis der Kriegserfahrungen ist folgendes zu betonen: Das jugendliche Gehirn kann größere Substanzdefekte ertragen, ohne daß die schweren, dauernden Ausfälle komplexer Funktionen (phasische, gnostische, praktische) eintreten müssen, die wir bei invaliden (arteriosklerotischen, senilen) Gehirnen gewohnt sind. Die

am invaliden Gehirn gewonnenen lokalisatorischen Sätze stellen Übertreibungen dar. Sie lehren die Hauptträger, nicht alle Hilfsträger der Funktion kennen. Bezüglich der Apraxie muß ich der Meinung *Kleists* widersprechen, daß die von mir entdeckte, sich hauptsächlich bei den Ausdrucksbewegungen kundgebende Dyspraxie der linken Hand bei linkshirnigen Herden nur bei Läsion des linken Scheitellappens aufträte. Sie findet sich sicher auch bei Herden in der vorderen Hälfte der linken Hemisphäre. In vielen derartigen Fällen war der Scheitellappen frei.

Die ideo-kinetische Apraxie, wie *Kleist* will, glatt durch Ausfall der im Scheitellappen gelegenen kinästhetischen Engramme zu erklären, halte ich nicht für richtig. Schon die Analyse meines ersten Falles widerlegt das. Der Besitz vieler kinästhetischer Engramme erwies sich daraus, daß Pat. gelegentlich eine Menge Bewegungen ausführen konnte, nur dann nicht, wenn er wollte oder sollte. Es zeigte sich, daß hauptsächlich der Konnex zwischen innervatorischen, kinästhetischen, optischen und taktilen Elementen durchbrochen war, daß es sich nicht um den Ausfall eines Elementes, sondern um eine Dissoziation vieler Elemente handelte.

Schon die psychologische Zergliederung der Handlung erlaubt nicht, sie als die Weckung von fix und fertig als Stempel an einer Rindenstelle gelegener Engramme aufzufassen. Das ist nur für ganz geübte mechanisierte Akte zulässig. Die meisten Zweckbewegungen erfordern Modifikationen je nach den wechselnden Umständen und müssen in den Besonderheiten vom Auge dirigiert werden. Eine einigermaßen verwickelte Handlung setzt das Zusammenarbeiten vieler Hirnterritorien voraus.

Der Scheitellappen ist die Stelle, deren Verletzung dieses Zusammenwirken besonders empfindlich stört. Komplexe Handlungen können wir beim jetzigen Stande der Forschung nicht mehr an eng umschriebene Rindengebiete lokalisieren.

Der Einwand, daß bei meiner Auffassung — der hohen Einschätzung der optischen Engramme für die Handlung — jeder Seelenblinde apraktisch sein müsse, während es doch die Seelenblinden nicht seien, ist nicht triftig. Denn erstens sind viele Seelenblinde auch apraktisch. Man kann dann nur bei vielen Fehlreaktionen nicht sicher entscheiden, was auf Rechnung der Agnosie, was auf Rechnung der Apraxie kommt.

Zweitens ist es ein Irrtum, anzunehmen, daß Seelenblindheit immer auf Verlust der optischen Engramme beruhe. Meist sind die optischen Engramme gar nicht verloren, sondern es gelingt nur nicht von der Peripherie her die Engramme zu wecken, die Summe der peripheren optischen Eindrücke zur Vereinigung zu bringen, aus ihnen das Gegenstandsbild herzustellen infolge verschiedenartiger Störungen. Der Besitz der Engramme kann dann der intrazerebralen Arbeit und speziell der Mitteilung der motorischen Akte noch zugute kommen.

J. H. Schultz-Jena (zurzeit Malonne): Die an dem Massenmaterial



eines Armeekorps gemachten neurologischen Erfahrungen über die Symptomatologie der Vorderschädelverletzten, besonders des „Stirnhirnsyndroms“ (gleichseitige universelle Hyporeflexie, Haut- und Sehnenreflexe betreffend, Zeigestörungen, gleichseitige vasomotorische Überreizbarkeit und Korneal-Areflexie, Anosmie) wurden auch an dem gemischten Frontmaterial des letzten Arbeitsjahres bestätigt. Überraschend häufig fand sich gleichseitiges Fehlen des Bauchreflexes, z. B. bei Orbitalschüssen, häufig Herabsetzung bis Aufhebung des gleichseitigen Achilles- oder Kniereflexes sowie Zeigestörungen. Auch jetzt wurden Störungen der Gewichtsschätzung und der ag-antagonistischen Innervation bei diesen Verletzungen nicht beobachtet, dagegen nicht ganz selten deutliches Schwanken nach vorn und nach der Seite der Verletzung bei Fußaugenschluß. Grundlegend wichtig für die neurologische Analyse der Hirnverletzungsfolge ist die Forderung, an jeden Fall mit derselben Exaktheit und Unvoreingenommenheit heranzutreten, wie an einen lokalisatorisch völlig unklaren.

(Eingesandt, da am persönlichen Erscheinen verhindert.)

Kleist (Schlußwort): Das Aktionswackeln tritt nicht nur bei Bewegungen, sondern auch bei statischer Innervation und bei Zunahme des Kraftaufwandes auf. Es hat daher, wie ich gegenüber Herrn *Förster* hervorheben möchte, gewisse Besonderheiten gegenüber dem Intentionstremor und wird zweckmäßig von demselben unterschieden. Bei der Beurteilung des Vorbeizeigens bei Stirnhirnverletzten ist größte Vorsicht nötig, da gerade bei Verletzungen der Stirngegend leicht durch Gegenstoß Kleinhirnschädigungen auftreten und die der Basis nahegelegenen Verletzungen des Vorderkopfes häufig zu Sprengungen der Schädelbasis bis in die hintere Schädelgrube hinein führen. Die Ergebnisse von *Szász* und *Podmansky* konnte ich in 2 seit dieser Veröffentlichung gesehenen Stirnhirnfällen nicht bestätigen. Vorbeizeigen kommt auch als isoliertes Kleinhirnsymptom ohne Begleitung weiterer Kleinhirnerscheinungen vor, so daß ein isoliertes Vorbeizeigen nicht, wie Fräulein *Reichmann* meint, als Stirnhirnsymptom aufgefaßt werden kann. Hinsichtlich der linksseitigen Dyspraxie bei rechts Gelähmten hat mich Herr *Liepmann* mißverstanden. Sie kommt auch nach meiner Ansicht nicht nur bei linksseitiger Scheitellappenverletzung vor. In Fällen, in denen der linke Scheitellappen frei ist, lagen die Wunden aber so, daß wahrscheinlich die Balkenfaserung vom linken Scheitellappen zur rechten motorischen Region betroffen war. Gegen die Auffassung der ideokinetischen Apraxie als einer transkortikalen Störung spricht das Fehlen apraktischer Erscheinungen bei den meisten optischen und optisch-agnostischen Störungen. Die bei der optisch-räumlichen Agnosie auftretenden Störungen des Zeichnens und Hantierens haben, wie ich im Vortrag ausführte, mit Apraxie nichts zu tun. Wenn bei ideokinetischer Apraxie gelegentlich Entgleisungen in an sich richtig ausgeführte, aber am falschen Platz angewandte Handlungen



erfolgen, so läßt sich das wohl mit der Annahme vereinen, daß bei dieser Apraxieform die kinästhetischen Engramme geschädigt seien; denn bei der sensorischen Aphasie treten ebenfalls nach Läsion der Wortklangengramme Entgleisungen in an sich richtig gebildete Laute und Worte ein (Paraphasien). Gegenüber Herrn *Stransky* bemerke ich, daß eine Lokalisation gewisser, vornehmlich bei Geisteskranken vorkommenden Störungen wohl möglich ist. Ich denke nicht daran, den gesamten katatonischen Symptomenkomplex an einer engen Stelle des Gehirns zu lokalisieren, wohl aber zeigen gerade die Beobachtungen an Hirnverletzten, daß bestimmte einzelne Symptome, die hauptsächlich bei Geisteskranken vor kommen, auch Folgen umschriebener Hirnverletzungen sein können (z. B. Akinese, Katalepsie, Sprechdrang, Perseveration, Verbigeration).

Forster (Schlußwort): Zu den Bemerkungen von *Isserlin* ist auszuführen, daß die räumlich-optischen Störungen keine „Aufmerksamkeitsstörung" darstellt. Es muß wieder darauf hingewiesen werden, daß es sich hier um ein Herdsymptom und nicht um eine allgemeine Störung handelt. — Zu *Förster* ist zu sagen, daß Zeichen von erhöhtem Hirndruck außerordentlich häufig bei allen Hirnverletzten beobachtet wurden, bei sehr vielen alten Fällen waren auch noch Reste von Stauungspapille (Pigmentverschiebungen) nachweisbar. — Zu *Loewenthal*: Ich glaube nicht, daß alle Hirnverletzten an vasomotorischen Störungen leiden, und bin, wie *Goldstein*, der Ansicht, daß die vasomotorischen Störungen lokalisiert sind, und daß die Zentralgegend hier von Bedeutung ist. — *Stransky* muß mich mißverstanden haben. Ich habe nur erwähnt, daß das Hirn bei Hirnverletzten auf den durch die begleitende seröse Meningitis hervorgerufenen Hirndruck mit einer symptomatischen Psychose reagiert, und daß diese symptomatische Psychose in den meisten Fällen unter dem Bilde des amnestischen Symptomenkomplexes verläuft, also unter dem Bilde eines der sogenannten exogenen Reaktionstypen *Bonhoeffers*. — Ich gebe *Röper* zu, daß es nicht immer leicht ist, bei Hirnverletzten funktionelle Beschwerden von organisch bedingten zu unterscheiden. Ohne spezielle Fachausbildung ist dies überhaupt nicht möglich. Leider kommen hier oft Fehler vor, auch in dem Sinne, daß organische Beschwerden für funktionell gehalten werden und die Pat. dann so behandelt werden, als ob sie übertrieben oder simulierten. So sah ich z. B. unter anderem einmal einen Hirnverletzten nach linksseitigem Schläfenschuß mit Alexie, der als Hysteriker wieder an die Front geschickt worden war!

Reichardt verzichtet auf das Schlußwort.

Bericht von *Goldstein*-Frankfurt a. M.: Über die Behandlung und Fürsorge der Hirnverletzungen.

G. bespricht zunächst die Vielgestaltigkeit der Aufgaben, vor die der Leiter eines Hirnverletztenlazaretts gestellt ist. Er hat nicht nur



über ärztliche, sondern auch über psychologische, pädagogische und berufliche Maßnahmen zu entscheiden. Dazu ist die Mitarbeit von Psychologen und Pädagogen, Berufsberatern und Handwerksmeistern notwendig. Neben der Unterrichts- und Werkstättenbehandlung darf die rein ärztliche Behandlung nicht vernachlässigt werden. Sie ist sowohl von Wichtigkeit für den Erfolg der Unterrichts- oder Werkstättenbehandlung, sie ermöglicht die frühzeitige Aufnahme der Verletzten, sie ist von Wichtigkeit für die Beurteilung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit nach der Entlassung; deshalb hält G. eine fortlaufende Beobachtung des Gesundheitszustandes während der ganzen Behandlung im Lazarett für Hirnverletzte und die Einrichtung eines klinischen Betriebes in demselben für notwendig.

Die Behandlung selbst teilt er in ärztliche, psychologisch-pädagogische und Arbeitsbehandlung. Sie muß auf eingehenden Untersuchungen basieren, die nach bestimmten Schemen festgelegt werden, die vor allen Dingen zur Orientierung über die vorliegenden Störungen dienen und die Grundlage für die eingehenden Spezialuntersuchungen liefern, auf Grund deren wieder der Arbeitsplan entwickelt wird. Der Vortr. legt derartige Untersuchungsbogen sowohl für die körperlichen wie für die psychologischen wie für die Fragen des Berufes vor.

1. Bei der ärztlichen Behandlung betont er die Schwierigkeiten der Abgrenzung gegen manche hysterische Erscheinungen, jedoch warnt er davor, in der Angst vor der Hysterie zu weit zu gehen. Die Zahl der schwer Hirnverletzten mit neurotischen Erscheinungen ist, solange die Verletzten sich im Lazarett befinden, eine relativ geringe. Die Neurose entsteht gewöhnlich erst nach der Entlassung, wenn für die Leute nicht in genügender Weise fürsorglich gesorgt ist. Die ärztliche Behandlung gestaltet sich wie bei andern Nervenkranken. Sobald wie möglich soll mit der Arbeit begonnen werden. Die meisten Schwierigkeiten machen die Lähmungen und Anfälle. Bei den Lähmungen empfiehlt der Vortragende für die sonst irreparablen Fälle die plastische Verlängerung der Achillessehne, die *Förster*sche und die *Stoffel*sche Operation. Die Anfälle geben vor allen Dingen Veranlassung zu einer chirurgischen Behandlung. Der Vortragende vertritt den Standpunkt, daß man in jedem Falle von Epilepsie nach Hirnverletzungen operieren solle, und zwar so früh und so ausgiebig wie möglich. Die Narbe muß bis ins Gesunde hinein entfernt werden. Er warnt vor Knochenplastik und empfiehlt die Fettdeckung nach *Lexer* und *Rehn*.

Die Erfolge der operativen Behandlung sind noch nicht abzusehen, können aber als voraussichtlich günstig bezeichnet werden.

2. Die psychologisch-pädagogische Behandlung baut sich auf auf den Ergebnissen des psychischen Bogens, der sowohl für die Allgemeinstörungen wie die umschriebenen Ausfälle Auskunft gibt und durch besondere Spezialuntersuchungen, auch experimentell-psychologischer Art, ergänzt wird. Diese experimentell-psychologischen Untersuchungen dienen 1. zur Feststellung der Störungen der verschiedenen einzelnen psychischen

Vorgänge, wie Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnis usw. Hierzu bedient sich der Vortragende mit besonderem Vorteil des Tachistoskops. 2. Zur Feststellung der allgemeinen Leistungsfähigkeit in psychischer und körperlicher Beziehung. Zu diesem Zwecke werden Reaktionsversuche verschiedener Art, Ergographenversuche und Untersuchungen mittels des fortlaufenden Rechnens im Sinne von *Kraepelin* vorgenommen. 3. Der feineren Analyse vorhandener umschriebener Ausfälle sowie der Feststellung des Typus usw.; Untersuchungen, die besonders als Grundlage für die pädagogische Übungsbehandlung dienen.

Der Vortr. bespricht eingehend die Methoden der Prüfung der allgemeinen körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit. Er unterscheidet zwischen den abstrakten und konkreten Methoden und hebt die Vorzüge und Nachteile beider hervor. Er betont, daß die abstrakten Methoden uns mehr Aufschluß über den ganz allgemeinen Verlauf psychophysischer Vorgänge, über ihre Schnelligkeit, Promptheit, Regelmäßigkeit, die konkreten Prüfungen über die Leistungen selbst Aufschluß geben bei einer bestimmten Arbeit und einem Berufe. Jede hat also einen bestimmten Zweck. Aber sie können ihren Zweck nur erfüllen, wenn man an ihrer psychologischen Struktur streng festhält. Sobald man sie vermischt, beraubt man sie ihrer Vorzüge und läuft Gefahr, ihre Nachteile zu summieren. Von diesem Gesichtspunkte aus kritisiert der Vortragende die Arbeitsprüfungen *Poppelreuters*, die nach seiner Meinung für abstrakte Prüfungen nicht abstrakt genug, für konkrete Prüfungen nicht konkret genug sind. Er wendet sich vor allen Dingen gegen dessen allgemeines Ergebnis, daß nur ein relativ geringer Teil der Hirnverletzten außerhalb des normalen Zusammenhangs stehe, und stellt fest, daß es auf einer nicht einwandfreien Feststellung der Normalzahlen basiere sowie darauf, daß bei der angewandten Methodik ein Teil der Hirnverletzten, und zwar besonders die Schwergestörten, von der Untersuchung ausgeschlossen waren. Daher das zu günstige Resultat. Der Vortr. erörtert dann die verschiedenen Schädigungsarten, die sich auf Grund der Ergebnisse der abstrakten Prüfungen bei Hirnverletzten nachweisen lassen. Die verschiedenen Prüfungen ergeben etwa dieselben Resultate. Die abstrakte Prüfung erweist ihre Brauchbarkeit besonders dadurch, daß die durch sie gewonnenen Kurven sehr gut mit den Kurven übereinstimmen, die man über die wirkliche Leistungsfähigkeit im Berufsleben auf Grund des Arbeitsverdienstes aufstellen kann. Der Vortr. demonstriert dies an einer Reihe von Kurven.

Die dritte Leistung des psychologischen Laboratoriums ist die Vorarbeit für die pädagogische Übungsbehandlung, die eine absolut individuelle Behandlung jedes einzelnen Falles auf Grund einer eingehenden Analyse erfordert. Prinzipiell haben wir bei den Störungen zu unterscheiden zwischen solchen, bei denen das lädierte Substrat sich wieder restituieren kann, und solchen, bei denen der entsprechende Hirn-

apparat in irreparabler Weise zerstört ist. Im ersten Falle werden wir versuchen, die Störungen durch eine baldige Übung wieder gut zu machen. Im zweiten Falle muß das Neulernen auf einem Umwege geschehen. Das trifft z. B. bei manchen Lese- und Schreibstörungen u. a. m. zu. Der Vortr. demonstriert eine Reihe von Vorschriften der Behandlung von umschriebenen Defekten, z. B. bei einem völligen Sprachverlust, bei Schreib-, Lese- und Rechenstörungen usw.

3. Die Arbeitsbehandlung. Der oberste Gesichtspunkt ist der, möglichst keine bloße Beschäftigung, sondern so bald wie möglich richtige Berufsarbeit. Handfertigkeitsunterricht nur bei Schwerverletzten, die noch keine Berufsarbeit tun können, oder zur Übung der linken Hand an Stelle der rechten gelähmten oder zur Übung der paretischen rechten Hand.

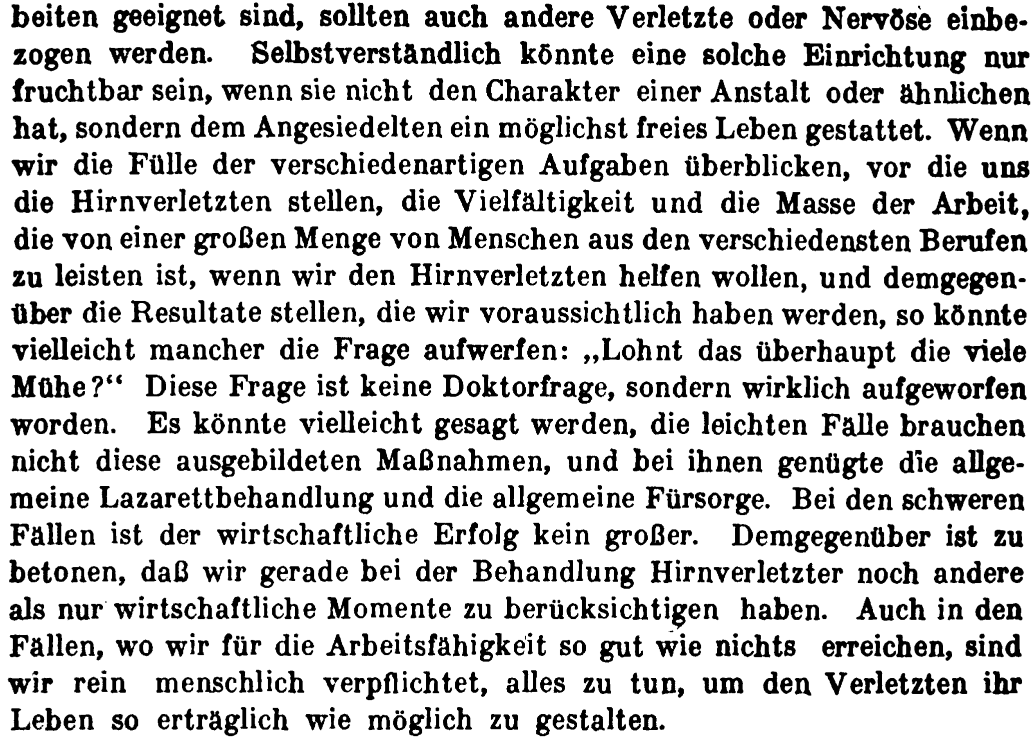
Besonders wichtig ist die Entscheidung über den Beruf. Hierzu wird schon beim Eintritt in das Lazarett ein Berufsbogen ausgefüllt, der nicht nur über die früheren Berufsverhältnisse, den früheren Verdienst, sondern auch die ganzen Lebensverhältnisse, in denen der Verletzte sich befindet, besonders auch über die in seiner Familie und Gegend geübten Berufe, wie über seine persönlichen Neigungen Auskunft gibt. Alle diese Momente sind bei der Entscheidung von Wichtigkeit. Oft ist ein Berufswechsel notwendig; bei der Bestimmung des künftigen Berufes sind nicht nur die umschriebenen Störungen, sondern auch die Allgemeinstörungen zu berücksichtigen. Es ist dabei notwendig, sich nicht nur auf die Ergebnisse der ärztlichen Prüfung zu stützen, sondern auch auf bestimmte Arbeitsprüfungen. Hierbei kann man in zweifacher Weise vorgehen. Einerseits, indem man die Arbeitsleistung durch Anfertigung von Probearbeiten zu begutachten sucht, andererseits, indem man sein Urteil auf die in richtiger Werkstättenarbeit tatsächlich geschaffenen Arbeitswerte stützt. Das erste Verfahren wird besonders von *Poppelreuter* geübt, das zweite ist am Lazarett des Vortr. durchgeführt. Es zeichnet sich besonders aus durch große Einfachheit, relativ geringe Kosten — alle geleistete Arbeit hat Wert — durch den absolut konkreten Charakter der Leistungsprüfung, durch die Möglichkeit, die Leistungen der fortlaufenden Arbeit festzustellen, die Möglichkeit der direkten Überführung des Mannes aus der Lazarettwerkstätte in die wirkliche Arbeitstätte u. a. m. Die Beurteilung ist relativ unabhängig vom schlechten Willen des Mannes infolge der Bezahlung je nach der von ihm geleisteten Arbeit. Die Methode hat sich als praktisch sehr brauchbar erwiesen. Notwendig ist zu ihrer Durchführung, 1. daß im Lazarett nur wirklich wertvolle Arbeit verfertigt wird; 2. daß ein kaufmännischer Betrieb eingerichtet ist, der für Ein- und Verkauf, Berechnung der Unkosten usw. sorgt; 3. daß Akkordarbeit geleistet wird. Im Lazarett des Vortr. befinden sich derartige Werkstätten für Tischler, Schreiner, Portefeuiller, Buchbinder, Schuster, Bürstenbinder. Für Industriearbeiter, die übrigens

nur in relativ geringer Zahl in Betracht kommen, ist in einer in der Nähe gelegenen Werkstätte Gelegenheit zur Arbeit. Für die Ausbildung von Kaufleuten, Technikern ist durch geeignete Einrichtungen in der Stadt gesorgt. Die Landleute haben durch einen großen Garten und Ackerland, die das Lazarett umgeben, Möglichkeit zur Arbeit.

Eine statistische Nachuntersuchung der Leistungsfähigkeit ergibt, daß von 200 durch das Lazarett gegangenen Hirnverletzten nur etwa 20% fast normal, 32% etwa zweidrittel leistungsfähig, 32% nur zu leichter Arbeit unter Rücksicht brauchbar und 16% ganz arbeitsunbrauchbar sind. Diese Zahlen geben natürlich nur ein sehr allgemeines Bild über die Leistungsfähigkeit der Hirnverletzten. Um einen tieferen Einblick zu gewinnen, wäre es notwendig, die Hirnverletzten je nach ihrer Störung in einzelne Gruppen zu teilen und deren Leistungsfähigkeit gesondert und dann noch möglichst in den einzelnen Berufen zu prüfen. Um dies durchzuführen, war das Material, das dem Vortragenden zur Verfügung stand, zu klein. Er hält eine groß angelegte, allgemeine Statistik für unbedingt notwendig, sie würde uns erst lehren, was wir in konkretem Falle vom einzelnen Manne zu erwarten haben und damit erst eine rationelle Grundlage für die Berufsberatung und Rentenfestsetzung liefern. Unsere Rentenfestsetzung muß in weitgehendem Maße prognostische Aussichten berücksichtigen, was heute nur in beschränktem Maße möglich ist. Im allgemeinen sollte bei der Rentenfestsetzung recht weitherzig vorgegangen werden. Die Bestimmungen über die Verstümmelungszulage bedürfen einer Umänderung, auf die der Vortr. schon früher ausführlich eingegangen ist.

Was die Prognose betrifft, so ist sie quoad vitam bei dem ausgesuchten Material der Hirnverletzten relativ gut. Es sterben relativ nur noch wenige. Was die Besserung der Symptome betrifft, so verhalten sich die verschiedenen Störungen verschieden. Die pädagogische Behandlung liefert sehr gute Resultate, die Allgemeinstörungen werden aber vielleicht recht lange und zum Teil vielleicht dauernd, wenigstens in gewissem Umfange, vorhanden sein. Ein beträchtlicher Teil der Hirnverletzten bedarf dauernder Fürsorge, um die ihnen gebliebene beschränkte Leistungsfähigkeit verwenden zu können. Die Arbeitsvermittlung und Arbeitsverwertung muß ihm abgenommen werden. Die Fürsorge muß schon im Lazarett beginnen und sich tief in das Leben des Verletzten hinein erstrecken. Die vom Vortr. gegebenen statistischen Zahlen wären noch im wesentlichen schlechter, wenn es sich nicht um Verletzte handelte, die sämtlich fürsorglich behandelt wären. Es ist anzunehmen, daß durch eine noch weitergehende Fürsorge die Resultate sich bessern. Für die beschränkt Arbeitsfähigen erscheint die Einrichtung einer kolonialen Siedlung auf dem Lande mit genossenschaftlicher Grundlage, in der sowohl unverheiratete wie verheiratete Hirnverletzte untergebracht werden können, notwendig. Aber da die Hirnverletzten keineswegs zu allen Ar-




beiten geeignet sind, sollten auch andere Verletzte oder Nervöse einbezogen werden. Selbstverständlich könnte eine solche Einrichtung nur fruchtbar sein, wenn sie nicht den Charakter einer Anstalt oder ähnlichen hat, sondern dem Angesiedelten ein möglichst freies Leben gestattet. Wenn wir die Fülle der verschiedenartigen Aufgaben überblicken, vor die uns die Hirnverletzten stellen, die Vielfältigkeit und die Masse der Arbeit, die von einer großen Menge von Menschen aus den verschiedensten Berufen zu leisten ist, wenn wir den Hirnverletzten helfen wollen, und demgegenüber die Resultate stellen, die wir voraussichtlich haben werden, so könnte vielleicht mancher die Frage aufwerfen: „Lohnt das überhaupt die viele Mühe?" Diese Frage ist keine Doktorfrage, sondern wirklich aufgeworfen worden. Es könnte vielleicht gesagt werden, die leichten Fälle brauchen nicht diese ausgebildeten Maßnahmen, und bei ihnen genügte die allgemeine Lazarettbehandlung und die allgemeine Fürsorge. Bei den schweren Fällen ist der wirtschaftliche Erfolg kein großer. Demgegenüber ist zu betonen, daß wir gerade bei der Behandlung Hirnverletzter noch andere als nur wirtschaftliche Momente zu berücksichtigen haben. Auch in den Fällen, wo wir für die Arbeitsfähigkeit so gut wie nichts erreichen, sind wir rein menschlich verpflichtet, alles zu tun, um den Verletzten ihr Leben so erträglich wie möglich zu gestalten.

Glücklicherweise kommt dieser rein karitative Gesichtspunkt nur bei einer relativ kleinen Zahl in Anwendung. Ein relativ großer Teil wird sogar wirtschaftlich leistungsfähig, und zwar wesentlich durch die Behandlung; es ist nicht richtig, daß die leichteren Fälle auch ohne besondere Behandlung besser werden, gerade sie bedürfen der besonderen Verhältnisse der Hirnverletztenlazarette. Auch sind die nur durch eine solche Behandlung zu erreichenden Erfolge bei den schwereren Fällen wirtschaftlich nicht zu unterschätzen. Wir werden nach dem Kriege einen solchen Mangel an vollwertigen Arbeitern in allen Berufen haben, daß wir alle Veranlassung haben werden, auch mit den nur beschränkt arbeitsfähigen Kräften recht sparsam umzugehen. Wir werden aber diese um so mehr für das allgemeine Wirtschaftsleben nutzbar machen, je mehr wir uns ihrer annehmen, je energischer wir unsere Behandlung durchführen.

Nach Schluß der Vormittagssitzung hielt Herr Prof. *Oskar Schultze*, Vorstand des anatomischen Instituts der Universität Würzburg, in diesem Institut einen Vortrag mit Demonstrationen „Über neue Gesichtspunkte zur mikroskopischen Untersuchung des Zentralnervensystems". Sie bezwecken eine Vereinfachung und Verbesserung der bisherigen Silbernitratmethoden und bestehen darin, daß man alle postmortalen Zerfallprodukte, Verbindungen derselben mit Formol, Reste des Fixierungsmittels selbst usw. („Schlacken") in viel ausgiebigerer Weise aus dem ungemein dichten nervösen und gliösen Filz der grauen Substanz entfernt, als dies bisher geschah. Vortr. unterscheidet die wässerige (neutrale) Entschlackung (Homogenisierung, Auswaschung) von der

basischen Entschlackung mit verdünnter Normalnatronlauge. Beide kann man auch kombinieren. Auch die saure Auswaschung mit verdünnter Salpetersäure liefert sehr schöne Bilder, besonders bezüglich der Zelle. Die Vorteile der Methode bestehen in ihrer Einfachheit, in der Schnelligkeit der Herstellung, in dem Arbeiten ohne Niederschlag, in der Anwendung auf dicke Schnitte, sowie darin, daß die Ergebnisse in mancher Beziehung besser sind als mit der *Bielschowsky*schen Methode. Unter anderem kann man sich überzeugen, daß die auf Grund der *Golgi*-Präparate vertretene Anschauung der freien Enden der *Purkinje*schen Dendriten falsch ist. Denn es besteht ein kontinuierliches Gewirr der Dendriten, in dem man weder Anfang noch Ende zu erkennen vermag.

Fräulein *Valentine Groß*, die Präparatorin des Instituts, hat ferner eine Modifikation der *Bielschowsky*schen Methode entworfen, welche u. a. bei kriegsverletzten Nerven die regenerierenden Nervenfasern und Nervenfibrillen tiefschwarz in farblosem Bindegewebe darstellt. Ausgezeichnete Ergebnisse erhält man auch an den multipolaren Nervenzellen des Sympathikus. Die vorläufige Veröffentlichung hat in den Sitzungsberichten der Physikalisch-Medizinischen Gesellschaft zu Würzburg, Jahrgang 1918, stattgefunden.

Nachmittagssitzung vom 26. April 1918.

Besprechung zum Referat *Goldstein*.

Poppelreuter-Cöln: I. Es werden die Ergebnisse der Blutdruckuntersuchungen an Hand der gewonnenen Kurven demonstriert, besonders das hauptsächliche Resultat, daß sich hirnverletzte Epileptiker von den nichtepileptischen Hirnverletzten durchgängig durch einen mäßig erhöhten Blutdruck unterscheiden.

(Bericht darüber im Juniheft der Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 18.)

II. Demonstrationen einiger Gesichtsfeldprüfungen nach psychologischer Methodik, besonders der Nachweis latenter, hemianopischer Störungen durch vergleichende tachistoskopische Prüfungen der beiden Sehfeldhälften und des rechten und linken Fixierfeldes.

(Vervollkommnung einer in Bd. I, Schädigung durch Kopfschuß, Leipzig, Voß, 1917, beschriebenen Methodik.)

III. Demonstration der Ergebnisse der Prüfungen der körperlichen Leistungsfähigkeit.

(Erschienen als Bd. II a. a. O., Leipzig 1918.)

IV. Demonstration der industriellen Prüfwerkstätte für Hirnverletzte des Sonderlazaretts Nervenstation für Kopfschüsse, Cöln, Festungslazarett.

V. Übersicht über die Gliederung der wissenschaftlichen Forschung und sozialen Fürsorge, wie sie in der Rheinprovinz durchgeführt wird.

(Erschienen als „Aufgaben und Organisationen der Hirnverletztenfürsorge", Voß, Leipzig 1916.)



O. Foerster-Breslau berichtet über die Therapie der spastischen Lähmungen nach Kopfschuß. In mehreren Fällen von ausgesprochener kortikaler spastischer Paraplegie bei doppelseitiger Verletzung des oberen Drittels der Zentralwindungen hat *F.* mit gutem Erfolge die Resektion hinterer Lumbosakralwurzeln ausgeführt. Bei der gewöhnlichen Form der spastischen Lähmungen, der Hemiplegie oder Monoplegie, ist nach Ansicht von *F.* die Wurzeldurchschneidung als ein zu eingreifender Eingriff abzulehnen, vielmehr durch periphere Operationen zu ersetzen. Diese bestehen in Sehnenverlängerungen, Sehnenplastiken und partiellen Resektionen motorischer Nerven im Sinne von *Spitzi-Stoffel*. *F.* ist allmählich zu einer ganz bestimmten typischen kombinierten Methodik gelangt. Bezüglich der Einzelheiten wird auf die Originalpublikationen verwiesen in der Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde und der Berliner Klinischen Wochenschrift.

Beyerhaus-Bedburg-Hau: Im Anschluß an den Vortrag von Herrn Prof. *Goldstein* will ich Ihnen einige Mitteilungen aus der Gehirnverletzten-Station des VII. Armeekorps machen.

Die Beobachtung und Behandlung erfolgten im wesentlichen nach den gleichen Grundsätzen, wie sie Herr Prof. *Goldstein* geschildert hat. Die Erfahrungen, die ich dabei gewonnen habe, decken sich im allgemeinen mit den seinen. Solange die von der Verletzung herrührenden oder durch Nachoperationen gesetzten Wunden nicht geheilt sind, schonen wir die Kranken körperlich und geistig völlig, weil wir beobachteten, daß eine zu frühe und energische Behandlung statt Besserung erhöhtes Auftreten von Ausfall und Reizerscheinungen bewirkte. Darum geschieht die Heranziehung zu körperlicher und geistiger Arbeit ganz allmählich und unter sorgfältigster Beobachtung des Arztes.

Die Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit beginnt, um den Leuten das Selbstvertrauen wieder zu schaffen, mit überleitender Beschäftigung (Arbeit in Schrebergärten, Bändelschuhherstellung und dergleichen). Dann folgt die Rückführung zur Arbeit (klinische Arbeitsgruppe) in der Richtung des alten Berufes, wenn nicht Umlernung erforderlich ist. Die Umschulung geschieht nach Rücksprache mit dem bürgerlichen Berufsberater, der im Lazarett selbst wohnt. Allmähliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit bis zum Höchstmaß des zurzeit Erreichbaren wird durchgeführt.

Die Störungen der psychischen Leistungsfähigkeit werden, wenn sie sich nicht spontan in der Ruhezeit zurückbilden, durch vorsichtige und systematische Geistesübungen von Ärzten und Lehrern auszugleichen versucht. Auch ich habe, wie *Goldstein*, gesehen, daß sich strebsame Leute zu energisch auf die Arbeit stürzten und dadurch eine Verschlimmerung ihrer Störungen bewirkten.

172 Soldaten erhielten Allgemeinunterricht, davon 37 Einzelunterricht. Bei 35 wurden die Ausfälle beseitigt, bei 81 eine wesentliche, bei 22



nur eine geringe Besserung erzielt. Bei 11 konnte kein Erfolg des Unterrichts bemerkt werden, bei 23 konnte wegen zu kurzer Teilnahme am Unterricht ein Urteil nicht abgegeben werden.

Die Erfolge unseres Sprachunterrichts waren ebenfalls günstig. Es beteiligten sich 45 Soldaten, davon 5 fast ohne Erfolg, 31 mit genügendem und 9 mit gutem Ergebnis.

Unser besonderes Augenmerk haben wir in letzter Zeit auf die im Anschluß an Gehirnverletzungen so überaus häufig auftretende Epilepsie gerichtet. Anfälle beobachteten wir bei 12% und epileptische Äquivalente bei fast 20%. Dieser Prozentsatz wird voraussichtlich im Laufe der Jahre noch größer werden. Die Epilepsie wird hauptsächlich bedingt durch Narbenfixation, und diese wird im Laufe der Zeit, besonders bei kleinen Schädelöffnungen, durch Schrumpfung noch größer. Neurologische Behandlung, wie Brom, Luminal und Eisblase, ist hier zwecklos, nur chirurgische Behandlung nützt. Diese erfolgt nach den von unserem chirurgischen Beirat, Geheimrat *Witzel*, aufgestellten Grundsätzen. Da ich deren Richtigkeit und Zweckmäßigkeit kennen gelernt und leider in der Literatur noch immer abweichende Ansichten gefunden habe, so möchte ich einen kurzen Überblick über das von diesem geübte Verfahren geben.

1. Aus prophylaktischen Gründen breite Eröffnung der Schädelkapsel bei jeder Gehirnverletzung, und zwar sowohl bei frischem als auch granulierendem und benarbtem Schuß. Dadurch wird ein Bewegungsventil angelegt, das die Losarbeit des Gehirnes an der Narbe ermöglicht. Daß diese das Bestreben der Natur ist, hat uns *Witzel* wiederholt bei seinen Operationen gezeigt. Er fand bei Herausschälung der Narbe, die er mit der Meningolyse verbindet, sobald epileptische Erscheinungen beobachtet sind, als Zeichen der Losarbeitung des Gehirns zwischen Narbe und wieder erholter Gehirnschicht eine feine Schicht zystisches Schwammgewebe.

2. Aus therapeutischen Gründen die soeben erwähnte Meningolyse mit Narbenausschälung, und falls diese noch nicht zum Ziele geführt hat, die *Witzel*sche Enzephalolyse.

Wir haben bisher eine Knochenplastik nicht vorgenommen, möchten auch vor dieser dringend warnen. In 16 Fällen hat *Witzel* die Knochenstücke wieder herausnehmen müssen, weil durch diese die Kephalalgie bzw. Epilepsie verschlimmert oder sogar erst ausgelöst worden ist. Wir begnügen uns mit einer plastischen Naht der gesamten weichen Schädelbedeckung, die als straffes Ventil wirkt. Wenn 2 Jahre keine epileptischen Erscheinungen beobachtet sind, will *Witzel* zum Schutze des Gehirns nur in die äußere Bedeckung eine flache Knochenscheibe einschieben, die nur die Mitte des Defektes nach Art einer Pelotte deckt.

Zum Schlusse möchte ich noch kurz das Ergebnis einer Rundfrage mitteilen, die ich über in unserem Lazarett behandelte und als kriegsunbrauchbar zur Entlassung gekommene Gehirnverletzte ergehen ließ. Dazu muß ich vorausschicken, daß wir seit dem 18. Februar 1916 aus



unserem Lazarett 1030 Gehirnverletzte entlassen haben. 466 sind in die Lazarette anderer Korps verlegt worden. Von den übrigen erachteten wir 8 als felddienstfähig — es handelte sich um Weichteilverletzungen, verbunden mit Gehirnerschütterung —, 47 garnisondienstfähig, 146 arbeitsverwendungsfähig — meist in der Kriegsindustrie —, 345 dauernd bzw. zeitig untauglich; es starben 18. — Über 70 erhielt ich genauere Nachricht. Sie waren alle über 1/2, teilweise schon 1 1/2 Jahre aus dem Lazarett entlassen.

Über Kopfschmerzen klagten 9, an Schwindelanfällen litten 9, an Übererregbarkeit, Wutanfällen 18, an epileptischen Anfällen 8. — Gestorben waren 2, der eine am Spätabszeß, der andere im Status epilepticus; im Lazarett befanden sich wieder 3, beschäftigungslos waren 5.

60 waren tätig. Von diesen genügten nur 19 den an sie gestellten, zum größten Teil auf unsere Einwirkung hin geringer bemessenen Ansprüchen. Auf die einzelnen Beschäftigungsarten verteilt, war das Ergebnis folgendes:

Als Bureauarbeiter beschäftigt 4, davon genügte 1, als Kaufleute in kleinen Betrieben tätig 5, davon genügten 4. Als Post- und Eisenbahn- oder sonstige Beamte angestellt 7, davon genügten 2, als Handwerker tätig 8, davon genügten 5, die entweder selbständig oder in kleineren Betrieben beschäftigt wurden. In der Landwirtschaft tätig waren 12, davon genügten nur 3, unter ihnen 2 Besitzer kleiner Katstellen. Ein Beweis dafür, daß sich die so viel empfohlene Landwirtschaft durchaus nicht für alle Kopfverletzten eignet. Als Industriearbeiter beschäftigt waren 16, davon befriedigten 2; im Bergwerksbetriebe tätig waren 9, von ihnen genügten 2. Der eine von diesen war ein Epileptiker, der alle 4 Wochen wegen Anfälle einen Tag aussetzen mußte und trotzdem als Lokomotivführer unter Tag angestellt war. Einer war wieder als Soldat eingezogen und befindet sich jetzt in französischer Gefangenschaft.

Diese Zusammenstellung zeigt ebenfalls, wie schwer für das ganze spätere Leben ein großer Teil der Gehirnverletzten geschädigt ist, und wie sehr er der weiteren Fürsorge bedarf. Die frühere Leistungsfähigkeit wird nicht wieder erreicht. In den seltensten Fällen werden die Gehirnverletzten Vollarbeiter; bei schwerer geistiger und körperlicher Arbeit sowie in aufregenden Betrieben versagen sie. Sie können nur für sich oder in kleineren Betrieben mit leichter Arbeit erfolgversprechend beschäftigt werden.

Fräulein *Reichmann*-Königsberg bringt einen Beitrag zur Übungsbehandlung der Aphasien. Sie beobachtete in der Sprachübungsschule des Kopfschußverletzten-Lazaretts Königsberg einen Kranken mit totaler motorischer und sensorischer Aphasie und rechtsseitiger Hemiparese, bei welchem sich nach längerer Behandlung mit linkshändigen Schreibübungen und optisch-taktiler Sprachentwicklung Sprechfähigkeit



und Sprachverständnis soweit besserten, daß er sich mit einzelnen sinnvollen Worten verständigen und einfache, an ihn gerichtete Fragen und Aufforderungen richtig auffassen lernte. Da sich auch die Hemiparese zurückgebildet hatte, wurde Pat. aufgefordert, wieder rechtshändig zu schreiben. Dieser Aufforderung widersetzte sich der sonst willige Pat. immer wieder; er gibt zu verstehen, daß er rechtshändig Geschriebenes schlechter einprägen und schlechter merken zu können glaube als mit der linken Hand Geschriebenes, und sagt bei Rechtsschreibübungen immer wieder: „Danken fehlen.“ Es werden daraufhin Merkfähigkeitsprüfungen mit rechtshändig und linkshändig geschriebenen Worten vorgenommen

Rechts:

1. Abschrift von 8 begrifflich bekannten Worten:	Freie Niederschrift nach 60 Sekunden:
Tisch	Tisch
Tür	Tür
Ast	Buch
Hund	(Lange Pause); sagt: Ich weiß nicht. Schreibt schließlich noch:
Schrank	Tafel.
Tafel	
Buch	
Schuh	

Links:

Bild	Bild
Uhr	Uhr
Blatt	Blatt
Hahn	Hahn
Licht	Licht
Tafel	Strumpf
Tuch	Tuch
Strumpf	

2. Abschrift schwieriger, begrifflich nicht bekannter Worte.	Freie Niederschrift nach 60 Sekunden.

Rechts:

Apotheke	Aporthorst
Preisliste	
Universität	
Vorwort	

Links:

Alkohol	Alkohol
Verzeichnis	Verzeichnis
Medikament	Nachschrift
Nachschrift.	

Aus diesen wiederholt bei dem Kranken ausgeführten Untersuchungen ergibt sich, daß bei ihm die Merkfähigkeit für linkshändig Geschriebenes eine erheblich bessere ist als die für Worte, die mit der rechten Hand geschrieben wurden. Ohne auf die zahlreichen hypothetischen Deutungsmöglichkeiten dieser Beobachtung eingehen zu wollen, bezeichnet Rednerin sie als einen Wahrscheinlichkeitsbeweis für die Übbarkeit der sprachlichen Merkfähigkeit durch linkshändige Schreibübungen, zumal sie ähnliche Erfahrungen noch bei einem weiteren Falle machen konnte. — Zur Berufsberatung Hirnverletzter berichtet Fräulein *Reichmann*, daß in Königsberg über alle schwierigen Fälle, die nicht vom Arzt und dem zuständigen Berufsberater allein erledigt werden können, nach sorgfältiger Prüfung aller ärztlichen und sozialen Vorfragen in einer vierwöchentlich im Lazarett stattfindenden gemeinsamen Sprechstunde mit dem Leiter der Provinzial-Beratungsstelle und dem Leiter des Arbeitsnachweises für Kriegsbeschädigte beraten wird, gegebenenfalls unter Hinzuziehung von Spezialgutachtern, Innungsmeistern usw. einerseits, von Angehörigen, früheren Arbeitgebern der Kranken usw. anderseits.

Die Gefahr der Züchtung psychogener Symptome durch die Sonderlazarette für Kopfschußverletzte ist auch nach den Erfahrungen der Rednerin nicht gegeben. Hingegen erblickt sie eine Gefahr in der Verstärkung des Krankheitsgefühls und des Bewußtseins der Sonderstellung unter den Kriegsbeschädigten, die vielen psycholabilen Hirnverletzten durch ihre Unterbringung in den Kopfschußverletzten-Stationen mit ihrer von allen andern Lazaretten abweichenden weitgreifenden Organisation und Sonderfürsorge zu erwachsen droht. Dieser Gefahr müssen sich Ärzte, Lehrer und Schwestern bewußt sein und sie durch ein entsprechendes Verhalten den Kranken gegenüber auszugleichen suchen.

Dräseke-Hamburg weist kurz darauf hin, daß bei Kopfschußverletzten die Neigung zu einem Berufswechsel oder besser gesagt zur Erlernung eines anders gearteten Berufes gerade bei denen besonders häufig hervortritt, welche nie ein Gewerbe als solches erlernt oder sich irgendwie als ungelernte Arbeiter in ihrer Arbeit besonders hervorgetan haben. Man findet unter ihnen vor allem die Leute, welche den Anforderungen der Dorf- oder Volksschule nur mit Mühe oder nicht völlig genügt haben oder gar Hilfsschüler waren. Bei der mangelhaften Veranlagung aller dieser Kopfverletzten sollte nicht allzusehr auf ihre Wünsche, die im Laufe ihrer Genesung des öfteren wechseln, eingegangen werden, denn sie werden ja später infolge ihrer verschiedenartigen Störungen noch weniger leisten als zu Friedenszeiten.

Bei der Beratung und Wahl eines neuen Berufes sollte man ferner nach Möglichkeit auch die Ehefrau des Kopfverletzten oder dessen Familie genügend berücksichtigen, denn die besten vom Berufsberater und Arzt gemachten Vorschläge scheitern nach kurzer Zeit doch dann und wann an dem Widerstande, welcher daheim von der Ehefrau oder Familie aus



nicht kontrollierbaren Gründen entgegengesetzt wird. So ist dann der oft wochenlang unternommene Arbeitsversuch eine unnütze Zeit- und Geldvergeudung.

Löwenthal-Braunschweig warnt vor unnötigen Nachoperationen bei Hirnverletzten aus ungenügender Indikation, besonders auch vor Meißelschlägen, wegen der Vasomotorenlabilität. Intern gibt er intermittierend Ergotin abwechselnd mit Brom und Pyramidon. Ferner empfiehlt er dringend Badekuren, besonders Wildbäder, für jeden Schädelverletzten zur Steigerung der Resorption und Verringerung der Narbenbildung.

Pfeifer-Nietleben: Sorgfältige klinische Behandlung und Beobachtung der Hirnverletzten hält Vortr. ebenso wie der Ref. für dringend notwendig. Schon mit Rücksicht darauf, daß nach seinen Erfahrungen ein Drittel der Hirnverletzten an allgemeinen oder lokalisierten epileptischen Anfällen leidet. Auch ist wegen der Gefahr des Auftretens sonstiger anatomischer Spätfolgen eine beständige genaue Überwachung der Kranken erforderlich. Im Sonderlazarett für Hirnverletzte an der Landesheilanstalt Nietleben ist daher in jedem der beiden Lazarettgebäude eine Wach- bzw. Beobachtungsstation eingerichtet.

Der Unterricht wird von fünf Lehrkräften erteilt, einem Taubstummenlehrer, einem Stimmbildungslehrer, zwei weiteren Hilfsschullehrern und einer Zeichenlehrerin. Außerdem können die Kranken Unterricht in technischen, kaufmännischen und landwirtschaftlichen Fortbildungskursen erhalten, welche von der Kriegsbeschädigten-Fürsorge in Halle eingerichtet sind. In den Werkstätten des Lazaretts wird zurzeit Sattlerei, Tischlerei und Korbflechterei betrieben. Außerdem besteht für die Hirnverletzten die Möglichkeit, in den verschiedenartigsten Handwerksbetrieben, die in der Anstalt eingerichtet sind, mit zu arbeiten, wie in der Schusterei, Schneiderei, Buchbinderei, Buchdruckerei, Schlosserei und Zigarrenfabrikation. Außerdem bietet die Landwirtschaft und Gärtnerei, namentlich der ausgedehnte Gemüsebau auf den Rieselfeldern der Anstalt reichlich Gelegenheit zu leichter landwirtschaftlicher Betätigung. Alle arbeitenden Kranken erhalten den bei den Betrieben der Kriegsbeschädigten-Fürsorge in Halle üblichen Stundenlohn von 15 Pfennig. Die Angliederung der Hilfslazarette an geeignete Landesheilanstalten scheint mir demnach vorläufig als ein geeigneter Ersatz für die von *Aschaffenburg* vorgeschlagenen und auch von *Goldstein* angestrebten kolonialen Siedlungen auf genossenschaftlicher Grundlage, deren Errichtung während der Dauer des Krieges doch kaum erfolgen wird. Voraussetzung ist natürlich, daß die Ärzte des Lazaretts nicht nur psychiatrisch, sondern auch neurologisch und psychologisch geschult sind, und ferner, daß die Anstalt sich in unmittelbarer Nähe einer größeren Stadt befindet, damit geeignete Lehrkräfte aus Hilfsschulen herangezogen und die Einrichtungen der Kriegsbeschädigten-Fürsorge für die Hirnverletzten nutzbar gemacht werden können. Das Bedenken, welches der Angliederung von Hirnver-

letztenlazaretten an Anstalten für Geisteskranke entgegensteht, muß gegenüber den geschilderten Vorteilen in den Hintergrund treten. Es läßt sich sehr gut durchführen, daß die Hirnverletzten des Lazaretts mit den Geisteskranken der Anstalt absolut nicht in Berührung kommen. Mißerfolge der Unterrichts- und Werkstättenbehandlung habe ich nur bei einigen Fällen von traumatischer Epilepsie gesehen. Bei einem solchen vernichtete ein Status epilepticus mit mehrtägiger Dauer den nach halbjähriger Übung im Sprachunterricht erzielten schönen Erfolg wieder vollständig.

Von großer Wichtigkeit ist es, daß die Hirnverletztenlazarette in steter Verbindung mit der örtlichen und provinzialen Organisation der Kriegsbeschädigten-Fürsorge stehen. Das letztere wird am besten dadurch gewährleistet, daß die Hirnverletztenlazarette zugleich als Provinzialberatungsstellen dienen, in welchen die dienstentlassenen Rentenempfänger, deren sozialer Versorgung sich Schwierigkeiten entgegenstellen, erneut untersucht, begutachtet, beraten und behandelt werden können, wie dies zuerst in Cöln, dann in Königsberg und jetzt auch in Nietleben durchgeführt ist.

Um über die tatsächlichen Enderfolge ein Urteil zu gewinnen, ist es notwendig, die Hirnverletzten auch nach ihrer Entlassung aus dem Lazarett im Auge zu behalten und ihr ferneres Schicksal zu verfolgen. Dies ist aber nur dann gut möglich, wenn die Leute alle der gleichen Provinzialfürsorge unterstehen, deren Beratungsstelle das Lazarett ist. Es müßte also durchgeführt werden, daß die Hirnverletzten des Lazaretts möglichst alle in der betreffenden Provinz heimatberechtigt sind. Das wäre natürlich nur dann zu erreichen, wenn in jeder Provinz bzw. in jedem Armeekorpsbereich ein Hirnverletztenlazarett errichtet würde.

Peritz-Berlin: Ich möchte zuerst auf die sehr interessante Demonstration von Herrn *Förster* eingehen, da ich ähnliche Versuche bei meinen Kranken unternommen habe. Ich habe ebenfalls kinematographische Aufnahmen von Gangstörungen gemacht und dabei feststellen können, daß die Gangstörung nicht nur bedingt ist durch die starken Kontrakturen des Gastroknemius, sondern in erheblichem Maße durch Kontrakturen im Tibialis ant. und post. Auf Grund dieser Störung vermögen die Pat. den Fuß nicht mehr über die Ferse abzurollen, sondern sie treten auch stets auf den inneren Rand des Fußes auf. Um diese Störung zu beseitigen, habe ich Prof. *Katzenstein*, mit dem ich zusammen arbeite, vorgeschlagen, die spastisch kontrahierten Muskeln wie den Tib. ant. und post. und den Gastroknemius zu verlängern, während die gedehnten Antagonisten verkürzt werden sollten. Er hat außerdem mit Hülfe der ausgelösten Fascie des Tensor fasc. lat. Übertragungen vom Quadriceps auf die Peronei gemacht. Doch sind die Versuche noch nicht abgeschlossen. Die Resultate, die Herr *Förster* gezeigt hat, sind sehr gute, eine Entscheidung, welche Methode die bessere ist, die, welche Herr *Förster*



angewandt hat, und die sich als eine modifizierte *Stoffel*sche Operation darstellt, oder die, welche ich angewandt habe, ist vorläufig nicht zu treffen. Um nun bei der operativen Behandlung der Gehirnverletzten zu bleiben, möchte ich auf die chirurgische Behandlung der Epilepsie eingehen. Wir sind bei meinen Kranken, die an Epilepsie leiden, auch zur Narbenexzision geschritten. Die Methode wird von uns seit etwa 8 Monaten angewandt. Soweit sich die Resultate bis jetzt übersehen lassen, sind sie günstig. Eine Deckung des Defektes lasse ich sehr spät vornehmen, in sehr vielen Fällen aber gar nicht. Es hat dieses Verfahren den Vorzug, daß man jederzeit ohne Schwierigkeit wieder an das Gehirn herankann, besonders beim Spätabszeß, der ja nicht gar zu selten ist. Herr *Goldstein* hat ja schon auf die Schwierigkeit der Diagnose hingewiesen, auf die Untersuchung des Liquors auf vermehrten Eiweißgehalt. Mir hat sich die Leukozytenzählung im Blut, wie man sie seit langem bei der Feststellung der Perityphlitis verwendet, bewährt. Mittels dieser Methode war ich imstande, 3 Fälle von Gehirnabszeß sehr frühzeitig zu diagnostizieren. Bei der Nüchternuntersuchung fand ich eine Leukozytenvermehrung von 20- bis 25 000 Leukozyten. Die Prozentzahl der Epilepsien bei meinem Material beträgt 17%. Hin und wieder habe ich gehäufte Anfälle gesehen, die sich bis zum Status epilepticus steigerten. Einen Fall von optischer Epilepsie habe ich beobachtet. Unter den allgemeinen Erscheinungen, die bei den Gehirnverletzten besonders auffallen, ist die Herabsetzung der Leistungsfähigkeit in den Vordergrund zu stellen. Sie läßt sich sehr gut durch die *Kraepelin*sche Rechenmethode nachweisen und hat ihren Grund in der Abnahme und im Schwanken der Konzentrationsfähigkeit, der verminderten Überschaubarkeit, einer Herabsetzung der Merkfähigkeit und einer leichteren Ermüdbarkeit, wenn auch das letzte Moment nicht so stark in den Vordergrund tritt, wie man annehmen sollte. Geräusche wirken auf die Gehirnverletzten nach meiner Erfahrung nicht so ungünstig und drücken die Leistungsfähigkeit nicht so erheblich herab, wie man gemeinhin annimmt. Diese Beobachtung habe ich sowohl in der Schlosserei, die ich eingerichtet habe, machen können, wie auch bei den Leuten, welche ich in einer Munitionsfabrik beschäftige. Sowohl in der Presserei wie auch in der Dreherei haben sich eine Anzahl Gehirnverletzter gut bewährt, so daß einige Leute bis zu einem Wochenlohn von 200 M. kommen, darunter sind Leute, die Hemiplegien gehabt haben und Aphasien. Dagegen vertragen die Gehirnverletzten die schwere landwirtschaftliche Arbeit schlecht. Ich habe im vergangenen Jahre 6 Morgen Land von ihnen bestellen lassen. Da ich anfangs der Ansicht war, daß viele Klagen über Kopfschmerzen und Schwindel rein neurasthenisch waren, so nahm ich darauf keinerlei Rücksicht, sondern forderte von allen, daß sie sich an der Arbeit beteiligten. Die Folge davon war, daß fast jede Nacht einer von den Leuten einen epileptischen Anfall bekam, in einem Falle sogar einen Status epilepticus. Auch die pralle Sonne und starke Hitze wird von den Gehirnverletzten



schlecht vertragen. Um die Leistungsfähigkeit zu heben, muß man die Gehirnverletzten möglichst zu einer stets gleichbleibenden Arbeit erziehen. Sie leisten am meisten, wenn sie stets die gleiche Arbeit tagein tagaus machen. So verdient ein Dreher, der stets nur Ziehdorne macht, die Woche 200 M. Leider ist unsere Industrie bisher noch nicht auf diese Arbeitsmethode eingestellt, wie es in Amerika der Fall ist. Bei uns setzt jeder Fabrikant seinen Stolz darein, jeden Auftrag auszuführen, wenn er auch darum seinen Artikel, den er herstellt, stark modifizieren muß. In Amerika dagegen lehnt der Fabrikant jede Arbeit ab, die nicht seinem Typ entspricht, und schickt den Käufer zu seinem Nachbar, der vielleicht diesen Typ macht. Diese Typisierung (Taylor-System) ist in Amerika sehr stark ausgebildet, am bekanntesten ist ja das Beispiel der Ford-Automobile. Bei dieser Arbeitsmethode macht der Arbeiter jahrein jahraus stets dieselbe Arbeit, sei es, daß er Schrauben zu drehen oder einzusetzen hat oder zu bohren. Infolgedessen wird die Arbeit auch in der kürzesten Zeit vom Arbeiter geleistet. Es liegt auf der Hand, daß durch diese Arbeitsart die Leistungsfähigkeit des Arbeiters erheblich gesteigert wird, besonders natürlich bei einem Gehirnverletzten, dessen Leistungsfähigkeit herabgesetzt ist. Wahrscheinlich wird diese Arbeitsart auch für alle andern Kriegsbeschädigten die beste sein. Natürlich haben wir Ärzte keinen Einfluß, um die Industrie zu veranlassen, diese Methode der Arbeit einzuführen. Möglicherweise aber führt die Kriegsarbeit hauptsächlich in den Munitionsfabriken zur Einführung der eben geschilderten Methode. Würde dies nicht geschehen, so kann man fast mit Sicherheit voraussehen, daß nach dem Kriege die Kriegsbeschädigten und besonders die Gehirnverletzten sehr bald zum größten Teil von der Industrie auf die Straße geworfen werden, da sie in ihrer verminderten Leistungsfähigkeit die Maschinen, die sie bedienen, nicht vollkommen ausnutzen. Es soll zwar durch ein Reichsgesetz der Fabrikant gezwungen werden, in seinem Betrieb einen gewissen Prozentsatz Kriegsbeschädigter zu beschäftigen, aber auch hier kann man ein Versagen schon prophezeien, da besonders bei Akkordarbeiten die gesunden Arbeiter, die in derselben Rotte sich befinden, den Kriegsbeschädigten schnell herausdrängen werden.

Aschaffenburg-Cöln: Ich würde bei der vorgerückten Zeit nicht noch das Wort ergriffen haben, wenn mich nicht ein ernster Grund dazu veranlaßte, die Tatsache nämlich, daß bisher ganz ausschließlich von Kopfschußverletzungen die Rede gewesen ist, während wir die gleichen Erscheinungen auch bei denen beobachten, deren Schädel durch eine stumpfe Gewalt getroffen worden ist. Allerdings fehlen dabei vielfach die lokalisierbaren Störungen oder treten wenigstens meist nicht so in den Vordergrund wie bei Kopfschüssen, so daß sie nur bei sorgfältigstem Nachforschen und auch dann nicht immer nachweisbar sind.

Gemeinsam ist beiden Arten der Kopfverletzten die schwere Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit. Das ist wenig erstaun-



lich, wenn man sich einmal die mechanischen Vorgänge klarmacht, die sich in beiden Fällen abspielen. Nach dem bisherigen Verlauf der Verhandlungen könnte es den Anschein erwecken, als wenn ein Kopfschuß im wesentlichen nur diejenigen Stellen des Gehirns schädige, die unmittelbar getroffen wurden, und uns fast reine physiologische Experimente ersetze. Davon kann aber ernstlich keine Rede sein. Ein Geschoß, das mit großer Gewalt den Schädel trifft und in das Gehirn eindringt, besitzt eine so große lebendige Kraft, daß Fernwirkungen von mehr oder weniger erheblichem Umfange nur ganz ausnahmsweise ausbleiben können. Daher die besondere Gefährlichkeit der Nahschüsse, auch wenn sie nur das Schädeldach streifen oder verletzen, ohne in das Gehirn nennenswert tief einzudringen.

Es muß dabei nicht immer zu umfangreichen Blutungen und Zerfall großer Gewebemassen an einer Stelle kommen. Es genügen zahlreiche, selbst sehr kleine Zerfallstellen, um eine schwere Schädigung der Leistungsfähigkeit zu bewirken. Und ein Sturz auf den Kopf, das Aufschlagen eines Baumstammes, Gewehrkolbens, großer Erdmassen kann in der gleichen Weise das Gehirn schädigen wie ein Kopfschuß; nebenbei möchte ich erwähnen, daß auch der Luftdruck explodierender Granaten und Minen organische Veränderungen im Gehirn hervorrufen kann, deren Tragweite vielfach unterschätzt wird.

So wertvoll für die Wissenschaft die lokalisierbaren Erscheinungen sind — die dadurch, daß sie unsere Kenntnisse von den örtlich umschriebenen Hirnfunktionen erweitern, das Interesse vorwiegend auf sich gelenkt haben —, so notwendig erscheint es mir, die allgemeinen Ausfallerscheinungen mehr in den Vordergrund zu stellen, weil von ihrer Ausdehnung die soziale Tauglichkeit der Verletzten vielfach in höherem Maße abhängt als von den lokalisierbaren Symptomen.

Das Bestehen einer traumatischen Demenz ist mehrfach heute in Abrede gestellt worden; mir ist noch nicht ganz verständlich, weshalb. Im Alltagsleben ist ein Mensch mit einer schweren motorischen oder sensorischen Aphasie weit unbrauchbarer als ein Mann, der infolge allgemeiner, nicht lokalisierter Funktionsbehinderungen des Gehirns schwachsinnig geworden ist. Ich habe durchaus nichts dagegen einzuwenden, wenn man die Aphasischen nicht als traumatisch dement bezeichnen will. Die Anerkennung eines Zustandes, der mit dem Namen der traumatischen Demenz charakterisiert werden kann, ist aber nur eine Frage der Benennung; denn, wie ich nochmals wiederholen muß, fehlen Allgemeinstörungen auch in diesen Fällen nicht.

Unsere geistige Leistungsfähigkeit hängt ab von dem aufgespeicherten Wissen, von der Fähigkeit, darüber ungestört verfügen zu können, von der Möglichkeit, den Wissensbestand erweitern und Erfahrungen sammeln zu können, nicht zuletzt auch von der Lebendigkeit unseres Gefühlslebens, das Anstoß gibt, uns unseres Verstandes und Wissens bei



passender Gelegenheit richtig und mit der notwendigen Lebendigkeit und Nachhaltigkeit zu bedienen. Ist auch nur einer dieser verschiedenen, selbstverständlich nicht haarscharf voneinander getrennten Vorgänge unseres Seelenlebens gestört, so ist die Folge eine Minderleistung, die, wenn sie einigermaßen erheblich ist, uns berechtigt, den Geschädigten als durch das Trauma dement geworden zu bezeichnen. Erst recht natürlich, wenn die Störung verschiedene Funktionen umfaßt.

Ich muß davon absehen, hier im einzelnen zu belegen, daß bei Kopfverletzten nur selten Beeinträchtigungen auf all diesen Gebieten vermißt werden. Am wenigsten scheint noch der Wissensstand zu leiden, obgleich bei sorgfältiger Prüfung Ausfälle, besonders in der Sphäre des optischen Erinnerns, nur ausnahmsweise völlig vermißt werden.

Schwererwiegend sind die Störungen der Merkfähigkeit. Das Neuerlernte haftet nur flüchtig, und das stört die Erwerbung von Kenntnissen und Fähigkeiten zur Erlangung einer Lebensstellung in einem neuen Berufe, sobald irgendwelche größere Anforderungen zu erfüllen sind.

Ganz erheblich in das Hintertreffen geraten die Kopfschußverletzten durch die erhöhte Ermüdbarkeit und die geringere Konzentrationsfähigkeit. Längerdauerndes und anstrengendes Arbeiten ist körperlich und geistig nicht möglich, ganz abgesehen von der Gefahr, daß Anstrengungen, besonders körperliche, die latente oder bereits zum Vorschein gekommene Disposition zu epileptischen Anfällen steigern und zu ernsten Erscheinungen, ja zum Tode führen können.

Der Mangel an affektiver Erregbarkeit ist eines der auffälligsten Symptome unter den Spätfolgen der Kopfverletzungen. Die Erregbarkeit, die sich zuweilen in heftigen Ausbrüchen geltend macht, ist sehr häufig ein epileptisches Symptom — ich verweise auch auf den Zusammenhang mit der Wirkung des Alkohols selbst in kleinen Mengen —; aber auch da, wo die Reizbarkeit nicht mit der epileptoiden Disposition zusammenhängt, widerspricht sie nicht der traurigen Tatsache der Gemütsstumpfheit. Jedenfalls kann bei der großen Bedeutung der gemütlichen Ansprechbarkeit für unser Handeln nicht bezweifelt werden, daß die Kopfverletzten durch diese Schädigung einer ganz besonders empfindsamen Erschwerung im Kampf ums Dasein ausgesetzt sind.

(Ich bemerke übrigens, daß ich geneigt bin, anzunehmen, daß die Seltenheit — selten im Verhältnis zu andern Verletzungen —, mit der sich bei Kopfverletzten psychogene Erscheinungen neben organischen finden, eine Folge der Affektstumpfheit ist, die der Entstehung psychogener Reaktionen im Wege steht.)

Ferner leiden fast alle an Kopfschmerzen, Schwindel und Kongestionen, bald dauernd, bald zeitweise, zumal bei Witterungswechsel, beim Bücken und Lagewechsel, und an andern, mehr subjektiv beschwerlichen Erscheinungen. Aber auch ohne diese Beeinträchtigungen des Wohlbefindens, die regelmäßig nachweisbar sind, genügen die Allgemeinschädigun-



gen, die von geringer Andeutung bis zu den schwersten Graden alle Stufen umfassen, um uns die Freude auch an den besten Erfolgen der Behandlung lokalisierter Erscheinungen gründlich zu verderben.

Minder tauglich bleiben die Kopfverletzten alle, dazu tritt noch die Gefahr der Epilepsie und der Spätabszesse. Gerade jetzt in der letzten Zeit habe ich einige schon 2, 3 Jahre von ihren Kopfschüssen genesene Kranke plötzlich zugrunde gehen sehen, und der Sektionsbefund hat gezeigt, daß auch ein rechtzeitiger Eingriff, wenigstens in den Fällen, die ich gesehen habe, den Tod nicht hätte verhindern können.

Immerhin werden Spätabszesse wohl selten sein, während mit der Gefahr der Epilepsie bei allen Fällen zu rechnen ist. Die bisher angegebenen Zahlen bleiben zweifellos hinter der Wirklichkeit weit zurück. Einmal deshalb, weil die meisten Berichte nur die ausgesprochenen Fälle von Krämpfen und Abwesenheitszuständen zur Epilepsie rechnen, was ich nicht für ausreichend halte, ferner aber, weil die ersten Anfälle noch nach längeren Jahren auftreten können, so daß vielfach die Beobachtungszeit noch nicht ausreicht, um auch nur mit Wahrscheinlichkeit erwarten zu können, daß sich keine Epilepsie mehr entwickeln wird.

Das Ergebnis dieser Betrachtungen ist denkbar traurig. Ich habe, als ich vor etwas über 2 Jahren bei einem kriegsärztlichen Abend in Berlin ähnliche Anschauungen vortrug, Widerspruch gefunden, der mich veranlaßt hat, die Frage nochmals sorgfältig nachzuprüfen. Das, was ich dabei gefunden habe, weicht von meiner früheren Auffassung zu meinem größten Bedauern nicht ab, ist sogar nach einer Richtung noch ungünstiger: die Gefahr der Spätabszesse und die Häufigkeit der Epilepsie habe ich nicht über-, sondern unterschätzt.

Wenn jetzt ein Teil der Kopfverletzten in leidlich guten Stellungen untergebracht ist und verhältnismäßig viel verdient, so dürfen wir uns doch nicht darüber täuschen, daß die Verhältnisse nach dem Kriege für die Kranken sehr viel ungünstiger sind als augenblicklich. Jetzt nimmt man trotz ihrer geringen Leistungsfähigkeit auf die Leute Rücksicht, teils aus dem Bedürfnis, jede auch nur halbwegs brauchbare Kraft zu verwenden, teils aus dem Pflichtgefühl, den schwer Geschädigten auf die Beine zu helfen. Ich muß aber bezweifeln, ob das lange vorhalten wird, wenn einmal der Krieg beendet ist und gesunde, vollwertige Arbeiter und Angestellte ausreichend zur Verfügung stehen.

Schon jetzt ist die Zahl derer, die überhaupt so gut wie nichts mehr leisten können, und derer, die völlig hilflos sind, außerordentlich groß. Wie groß, entzieht sich meiner Kenntnis. Aber es muß jetzt schon für alle diese Unglücklichen gesorgt werden. Als ich zu dieser Tagung fuhr, hatte ich die Absicht, zu beantragen, der Deutsche Verein für Psychiatrie möge für diejenigen Kopfverletzten, die einer dauernden Fürsorge bedürfen, die Errichtung besonderer Anstalten in die Wege leiten, den von



mir früher vorgeschlagenen und auch heute von Kollegen *Goldstein* befürworteten entsprechend.

Ich glaube, daß, wenn unser Verein den Plan einer solchen Versorgung entwerfen würde, die Heeresverwaltung und die sonst zuständigen Stellen geneigt sein würden, diesen Plan zu verwirklichen.

Nach dem ganzen Verlauf der Erörterung scheint es mir aber nicht sicher, daß die Notwendigkeit der Errichtung von eigenen Siedlungen für Kopfverletzte allen Versammlungsteilnehmern so groß erscheint wie *Goldstein* und mir. Ich will deshalb von einem solchen Antrage absehen, möchte aber wünschen, daß sich alle, die Kopfverletzte in den Spätstadien zu beobachten Gelegenheit haben, mit den Allgemeinstörungen eingehend beschäftigen und sich die Frage immer wieder vorlegen, ob nicht bei vielen der Verletzten die Wiedereinordnung in das gesellschaftliche Leben auf die Dauer sich als unmöglich erweisen wird. Dann werden die Schlußfolgerungen sich von selbst jedem aufzwingen.

Bonhoeffer-Berlin weist anschließend an die Bemerkungen des Herrn *Aschaffenburg* auf den in Berlin gegründeten Verein zur Fürsorge für hirnverletzte Krieger hin, der seine Aufgaben darin sieht, fürsorglich für die dienstunbrauchbar entlassenen Hirnverletzten einzutreten. Der Fürsorge werden nach den vorliegenden Erfahrungen große Aufgaben, vor allem nach der Demobilisation, zufallen, wenn, wie beabsichtigt ist, anschließend an die bestehende Hirnverletztenstation, finanzielle Hilfe geleistet werden soll. Es werden große Mittel erforderlich sein. Ich möchte Sie deshalb bitten, Spender für die Interessen des Vereins zu gewinnen.

J. H. Schultz-Jena (zurzeit Malonne): Auf Grund $2^1/_2$jähriger Erfahrungen in der seit 1915 organisierten Kopfverletztenfürsorge eines Armeekorps möchte ich namentlich gegenüber allzu spezialistischer Analyse wissenschaftlicher Richtung die komplexe Frage der Gesamtgehirnleistung betonen. Mein damaliger Wirkungskreis mit vorwiegend ländlicher Bevölkerung ließ darum die praktische Prüfung der Berufsarbeitsfähigkeit in landwirtschaftlichen Arbeiten mit fortschreitender Erfahrung immer wesentlicher erscheinen; wenn auch oft die Ergebnisse psychologischer Analyse durch die bei der Gesamtleistungsprüfung hervortretenden Defekte weit übertroffen wurden, wie dies auch von anderer Seite mit Recht betont wird, so waren doch auch Fälle nicht selten, bei denen trotz schwerer experimentell-psychologischer Ausfälle die Gesamtleistungsfähigkeit eine überraschend gute war.

Schwere des Lokaldefektes und allgemeine Hirnschwäche stehen keineswegs in fester Korrelation. Das Entscheidende für rationelle Kopfschußfürsorge ist daher ein genügendes Individualisieren der Berufswahl, wobei möglichst an die vom Vorberufe vorhandenen mechanisierten Leistungen angeknüpft werden soll. So sind z. B. Landwirte als Chaussee- und Dreschmaschinenwärter, Bergleute als Leichtzimmerleute über Tag zu verwenden. Anschluß der Kopfschuß-



verletzten an die Alkoholabstinenzbewegung ist ein wesentlicher Punkt der Fürsorge. Sonderanstalten für sozial unfähige Kopfverletzte, am besten in Gestalt rationeller Farmen mit Kleinvieh- und Wertzüchtereien, werden für größere Kommunen erforderlich sein und lassen sich so gestalten, daß ein Selbsterhaltungstrieb zustande kommt; ihr Anschluß an bestehende Irrenanstalten unterliegt sozialen Bedenken.

(Eingesandt, da am persönlichen Erscheinen verhindert.)

Nonne-Hamburg demonstriert einen Fall vom Typus der sogenannten „Reflexlähmung".

Ein Soldat hatte nach einer Weichteilverletzung an der rechten Schulter eine totale motorische und sensible Lähmung der rechten oberen Extremität erworben; die Lähmung hatte 2 Jahre gedauert, die verschiedenste Therapie hatte keinen Erfolg gehabt. Abmagerung der Muskulatur, hochgradige Knochenatrophie an Fingern, Hand- und Vorderarmknochen, Zyanose, Ödem, Anhidrosis an Fingern, Hand, Vorderarm; elektrisch: Herabsetzung der Erregbarkeit. — Komplete (auch in betreff der Kraft) Heilung der motorischen Lähmung in einer Hypnosesitzung (Dr. *Max Fraenkel*); am nächsten Tage in einer weiteren Sitzung Heilung der Anästhesie.

Anton-Halle: Geistige Wechselwirkung im menschlichen Verkehr und Psychologie der Masse.

Der Vortr. schloß an an frühere Darlegungen über die gegenseitigen Beziehungen von Geist und Körper. In seinem jetzigen Vortrage kam zunächst die Frage zur Erörterung: Wie wirkt der Mensch auf den Menschen, wie können wir gegenseitig Gefühle, Gedanken und Willensrichtungen hervorrufen?

Der Einfluß von Mensch auf Mensch entfaltet sich zum Teil unbewußt und unbeabsichtigt. Die unmittelbaren Ausdrucksbewegungen sind auch Eindrucksbewegungen für den andern. Die nächste Wirkung ist die Anregung zu gleichen Bewegungen, aber auch zur Wiederholung gleicher Gefühle und Affekte, also im ganzen ein Vorgang der Nachahmung. Wir kennen einen Teil der Nervenstationen, an welche diese Ausdrucksbewegungen gebunden sind. Auch kennen wir zum Teil jene Gehirnbestandteile, welche als „Empfänger" dienen und die Wahrnehmung der Mimik des andern ermöglichen. Es gibt also Organe für die menschliche Gegenseitigkeit, für die menschliche Mitempfindung. Unsere Gefühle sind nicht allein bedingt durch die Vorgänge in unserer Körperlichkeit, sie sind auch zu einem Teil abhängig von den Gefühlen und vom Ausdrucke der Gefühle gleichartiger Lebewesen. Wir alle sind in der Anlage nicht nur als Menschen, sondern als Mitmenschen organisiert. Es gehört zum Inventar eines normal veranlagten Menschen, daß er die Befähigung zeigt, die andern Menschen zu verstehen und ihren Gefühlszustand sich zu vergegenwärtigen. Einem Vollwertigen darf nicht



die wichtige, wenn auch wenig beachtete Leistung der Einfühlung versagt sein.

Die Massenpsychologie hat andere Gesetzmäßigkeiten wie das Seelenleben des einzelnen. Die Leistungen vieler Menschen sind nicht gleich der Summe der Leistungen einzelner Menschen. Die Kräfteentfaltungen können sich gegenseitig hemmen und in falsche Richtung bringen. Andererseits kann richtig gestimmte menschliche Wechselwirkung zu ungeahnter Leistung aufrufen und den einzelnen über sich hinaus wachsen lassen. Es ist ein einfacher Schlüssel der Menschenkenntnis, daß man die einzelnen Menschen beurteilt nach den Wirkungen, welche sie auf andere Menschen entfalten. Wer weiß es nicht, wie eine krankhafte Konfliktsnatur die Gefühle ganzer Gesellschaftsschichten zu stören und zu verschlechtern vermag, wer kennt nicht Nervöse, deren Miene und Stimme und Gebaren sich wie ein Alp auf die Umgebung legen? Ein einziger Oberbeamter vermag es oft, die Dienstfreudigkeit seiner Mitarbeiter zu fördern oder zu lähmen; andrerseits, wer hat es nicht miterlebt, daß wir durch die Wirkung eines hochstrebenden und empfänglichen Menschen uns geistig angeregt fühlen zu neuer Gedankenfindung, zum Optimum unserer Gefühle.

Bei der Übersicht über die Wirkungen der menschlichen Gegenseitigkeit darf nicht übersehen werden die vornehmste Leistung der Gedankenübermittlung, die Sprache. Die Sprache überliefert nicht nur den Inhalt der Gedanken, sie enthält auch schon in sich eine Ordnung der Gedanken. Mit der Sprache wird nicht nur Inhalt, sondern auch Stil und Rhythmus der Gedanken übermittelt. Diese Gedankenübermittlung hat gerade in neuerer Zeit enorme Erweiterung erfahren durch die Technik des menschlichen Verkehrs. Durch Schrift und Druck wird ein Großteil der Menschheit in stetigem Rapport erhalten. Mit Recht wird unterschieden die Wirkung der Masse und die Wirkung der öffentlichen Meinung. Viele Naturforscher und Philosophen sprechen von einer Volksseele, von einer Massenseele, deren Walten und Wille auch in uns wirkt, so daß wir selbst nur als ein Bestandteil, ein Vollzugsorgan dieses Willens erscheinen. Jedenfalls ist in jedem Menschen ein Stück von allen Menschen. Auch die Massenseele darf keineswegs als die restlose Summe der Einzelwesen bezeichnet werden. Sie ist eine Neuschöpfung wie ein Akkord beim Zusammenklang der Töne. Bei der Massenwirkung kommen Charaktermöglichkeiten zutage, welche vorher kaum vermutet wurden. Dies lehrt besonders die Geschichte der geistigen Epidemien. In der Massenwirkung treten zutage Vorherrschaft des unbewußten Seelenlebens, Gefühle und Gedanken werden zwangsmäßig in eine Richtung gelenkt durch gegenseitige Übertragung. Es waltet ein Streben nach explosiver Verwirklichung der suggerierten Ideen, das Gefühl der Verantwortlichkeit des einzelnen schwindet, Empfänglichkeit für jeweilige Wirkung, Empfänglichkeit für Nachahmung ist gesteigert, die Phantasietätigkeit wird mächtig angeregt, Bilder und Symbole wirken mächtiger als zutreffende Gründe. Der Wille



der Masse wird nicht geleitet durch logische Überlegung, sondern durch Überraschung; besonders ist es die stetige Wiederholung und Parole, welche die einzelnen in den Bann zwingt. Nicht die Beweiskraft der Gedanken entscheidet, sondern die Macht und die suggestive Sicherheit, mit der sie vorgebracht werden. Die Masse ist leichtgläubig, und Macht und Illusion ist hier viel größer. Freilich muß die Illusion liegen in der Richtung der Wunscherfüllung und der vorherrschenden Triebe. Die sittliche Kraft der Masse ist vielfach abhängig von jenen, welche die Vorarbeit und die entscheidenden Momente beherrschen. Tatsache ist, daß bei der Mehrzahl ein Verzicht auf die engeren selbstischen Interessen sich von selbst ergibt. Mitunter treten, wie bei der französischen Revolution, Züge von Wildheit und Grausamkeit hervor wie ein Überbleibsel aus der Urzeit. Dies betrifft zumeist Volkskörper, welche sich plötzlich ergeben wie bei den Volksversammlungen und Stadtaufläufen, wo die Teilnehmer ohne viel persönliche Beziehungen sich zu nichtorganisierter Einheit vereinigt haben. Die deutschen Forscher haben aber nachgewiesen, daß der Ausdruck Masse nur selten gerechtfertigt ist, so daß sie meist nicht ohne Aufbau, nicht ohne Organisation, daß sie nicht „amorphe" Masse ist.

Der Vortr. schildert auch einzelne krankhafte Typen, welche in gutem und bösem Sinne im Getriebe der Massenseele sich zur Geltung bringen. Im Kampfe um die Aufmerksamkeit im öffentlichen Leben bringt sich das Bizarre erfolgreicher zur Geltung.

Bezüglich der Beeinflussung der Masse unternimmt der Vortr. eine Gegenüberstellung der Wirkungen der Lehrer einerseits und der Wirkungen der Presse andererseits. Er veranschlagt in jetzigen Zeiten die Wirkung der Presse als die mächtigere, sie wirkt am Webstuhle der Zeit und beeinflußt Überzeugungen und Handlungen der Völker gewaltig.

Die geistigen Epidemien des Mittelalters haben ihre Form eingebüßt. Es wäre ein verhängnisvoller Irrtum, zu meinen, daß die geistigen Epidemien verschwunden sind. Wir empfinden sie als fernes Erdbeben. Der Brand im Osten wird durch den Schützengraben allein nicht aufgehalten. Die Funken springen herüber auf allen Wegen. Gerade die hochgespannten Leidenschaften bestehen viel leichter im Kampfe um die Aufmerksamkeit und erregen viel leichter die Nachahmung. Die tägliche Wiederholung der Nachrichten über zügellose Ausbrüche der Leidenschaften bringen mit einer gewissen Sicherheit die Zwangsnachahmung hervor. Unser Schutz ist der gesunde und bedachtsame Sinn unserer Bevölkerung. Immerhin ist zu bedenken, daß die erschütternden Erlebnisse und Verluste, auch die Tagessorge viele Bande gelockert hat, welche die herrliche Kultur, die Disziplin und die Erziehung unseres Volkes vor andern auszeichnet. Die Geschichte der geistigen Epidemien muß warnend ihre Stimme verkünden.



daß gerade nach großen Kriegen der Volksgeist mehr als sonst für geistige Epidemien geneigt war.

Es ist in der Tat nötig, für alle Parteien der positiven Arbeit in geistigem Sinne eine Feuerwehr zu organisieren, welche der Ausbreitung des Brandes und des Volksunglücks vorbeugt. So wie es ein Triumph der wissenschaftlichen Medizin war, daß in dem großen Weltkriege die Schrecken der Epidemien begrenzt blieben, so steht unser gesamtes Volk vor der Aufgabe, daß der gesunde soziale Verstand, die menschliche Mitempfindung und die wirkliche Seelenkenntnis uns bewahren möge vor der Selbstvernichtung, vor dem geistigen Erdbeben, welches unsere Nachbarvölker ergriffen hat.

Um 5 Uhr schließt der Vorsitzende die Versammlung mit Dank an die Herren *Rieger* und *Reichardt*, an die Herren Schriftführer und an Herrn Prof. *v. Frey*, der trotz der Kriegszeit dem Verein Aufnahme in die Räume des Physiologischen Instituts gewährt hat.

Gerz-Würzburg. *Röll*-Werneck.

---

51. (u. 50.) Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens am 4. Mai 1918 (u. 6. Mai 1916) in Hannover.

Anwesend waren: *Alber*-Woltorf, *Arbeit*-Hildesheim, *Benno*-Goslar, *Brunotte*-Gandersheim, *Deetjen*-Cassel-Wilhelmshöhe, *Delbrück*-Bremen, *Derken*-Amelsbüren, Haus Kamen, *Dettmar*-Lauterberg a. Harz, *Drechsler*, Schatzrat vom Landesdirektorium Hannover, *Eichelberg*-Hedemünden, *Fraenkel*-Hamburg, *Geißler*-Hannover, *Gellhorn*-Goslar, *Gerstenberg*-Lüneburg, *Glüh*-Hamburg, *Grimme*-Hildesheim, *Guertler*-Hannover, *Hiestermann*-Ilten, *Hübotter*-Berlin, *Koch*-Hildesheim, *Kracke*-Lüneburg, *Loewenthal*-Braunschweig, *Löwenstein*-Berlin, z. Z. Hannover, *Maschmeyer*-Göttingen, *Mönkemöller*-Langenhagen, *Nicolauer*-Breslau, *Osann*-Hannover, *Peltzer*-Bremen, *Quaet-Faslem*-Rasemühle, *Rapmund*-Göttingen, *Raven*-Hannover, *Reinhold*-Hannover, *Rinne*-Langenhagen, *Rizor*-Langenhagen, *Rosenhain*-Braunschweig, *Schlesinger*-Hannover, *Schlüter*-Königslutter, *Schmidt*-Wunstorf, *Schneider*-Osnabrück, *Schroeder*-Hildesheim, *Schütte*-Lüneburg, *Schultze*-Göttingen, *Snell*-Lüneburg, *Stamm*-Ilten, *Stolzenburg*-Göttingen, *Wahrendorff*-Ilten, *Zendig*-Hamburg, *Zimmermann*-Hannover.

Gewählt wurden: *Snell*-Lüneburg Vorsitzender, *Gerstenberg*-Lüneburg Schriftführer.

Der Vorsitzende widmet den aus dem Leben geschiedenen Mitgliedern *Bruns*-Hannover, *Berkhan*-Braunschweig, *Heine*-Hannover, *Hesse*-



Ilten einen warmen Nachruf, die Versammelten ehren die Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen.

Dem Kassenführer wird Entlastung erteilt.

Vorträge werden gehalten von den Herren *Schultze*-Göttingen, *Loewenthal*-Braunschweig, *Stolzenburg*-Göttingen.

Schultze-Göttingen: Zur sozialen Bedeutung der Hypnose. Ein Lehrer war wegen Mißbrauchs der Amtsgewalt (§ 339 St.-G.-B.) zu zehn Tagen Gefängnis verurteilt worden, weil er 13—14 Jahre alte Schülerinnen zu hypnotisieren versucht und mit Erfolg veranlaßt hatte, ihn zu umarmen und zu küssen. Die Hypnose hatte er kennen gelernt, weil ein „Heilpädagoge", entsprechend dem Vorschlage des Bürgermeisters, den Lehrern „einen psychopathischen Kursus für Volksschullehrer zwecks Behandlung stotternder Kinder" erteilt hatte.

Ist es schon bedenklich, dem Laien überhaupt das Hypnotisieren zu gestatten, so sind die Heilkünstler, die die Hypnose anwenden, geradezu gefährlich; viele von ihnen sind kriminell. Strafrechtliches Vorgehen gegen sie verspricht wenig Erfolg. Auch das Verbot hypnotischer Schaustellungen wird vielfach mit Erfolg umgangen. Ein Verbot hypnotischer Unterrichtskurse fehlt bisher, wäre aber sehr notwendig. Insbesondere sollte den Lehrern das Hypnotisierern untersagt werden, zumal sie die Hypnose meist bei minderjährigen und zudem noch psychopathischen Individuen anwenden würden. Hypnose eignet sich aber vor allem nicht für pädagogische Zwecke, wie auch *Hirschlaff* zutreffend bemerkt. Sehr bedenklich ist im vorliegenden Falle die Tatsache, daß eine Behörde infolge Verkennung der Hypnose und ihrer Beziehung zur Schule Lehrern Unterricht in der Anwendung der Hypnose erteilen läßt.

Sch. bespricht schließlich noch den Erlaß einzelner Generalkommandos aus der letzten Zeit, nach dem Kurpfuschern die Behandlung mittels mystischer Verfahren und Hypnose untersagt wird, und ist optimistisch genug, sich nach dem erfolgreichen Eingreifen der Militärbehörden Gutes für die Zukunft in dem bisher erfolglosen Kampf gegen die Kurpfuscher zu versprechen.

In der Diskussion weist *Eichelberg* darauf hin, daß die Kenntnis der Hypnose in ärztlichen und nervenärztlichen Kreisen so außerordentlich wenig bekannt war, daß hierdurch das Publikum veranlaßt wurde, zu den Kurpfuschern, die sich mit Hypnose beschäftigen, zu gehen. Es sei deswegen sehr erfreulich, daß durch die Behandlung der Kriegsneurotiker auch in weiteren ärztlichen Kreisen die Bedeutung der Hypnose kennen gelernt wird. — *Zendig* ist der Ansicht, daß die großen politischen Parteien des Reichstags Gegner jeder Beschränkung der Kurpfuscherei seien: die Sozialdemokraten prinzipiell gegen jede Beschränkung irgendeiner Freiheit, also auch der Kurierfreiheit; das Zentrum, weil es den Einfluß der Geistlichkeit auf allen Gebieten, also auch auf dem der Kran-



kenheilung, unterstütze. Bei den Konservativen habe sich gelegentlich der Reichstagsverhandlungen 1910 über das Kurpfuschereigesetz eine gegnerische Stimme erhoben, wenn auch nur in bezug auf die „Besprechung" des Viehs.

Loewenthal-Braunschweig: Über die Behandlung der Rückenmarksverletzungen. Vortr. bespricht zunächst die genaueren Vorgänge bei den Verletzungen, die selten in einer mechanischen Zerquetschung oder Zerreißung bestehen, meistens in einer durch Stoß auf die knöcherne Umwandung erzeugten Nekrose. In manchem Falle liegt dem Krankheitsbild ein Ödem, eine Meningitis serosa, eine extradurale Blutung oder Schwartenbildung zugrunde. Die Entscheidung, ob völlige Quertrennung oder partielle Schädigung eingetreten, ist von vornherein zwar sehr wichtig, für unser therapeutisches Handeln aber fast stets unmöglich. Darum ist auch die Frage des operativen Eingriffs mehr oder weniger Gefühlssache. Die Schädigung des schon schwer betroffenen Rückenmarkes durch die Laminektomie wiegt vielleicht die seltenen Erfolge der Entfernung von Fremdkörpern und Knochensplittern auf.

Unter den Folgeerscheinungen der Verletzungen sind Dekubitus und Zystopyelitis die für den Ausgang entscheidenden. Meist führen sie, wenn auch nach langdauerndem Krankenlager, doch zum Tode. Gelingt es, sie zu verhüten oder zur Ausheilung zu bringen, so kann bei partieller Schädigung völlige Restitution, anderenfalls Defektheilung eintreten. Gegen Dekubitus und Pyelitis hat Vortr. andauernde Bauchlagerung (nach *Brown-Sequard*) mit Erfolg versucht, und zwar auf Moosbett, wobei für Urinabfluß, Verhütung des vorderen Dekubitus und Erleichterung der Lage durch Kopfbandage Sorge getragen wird. Ist die Gefahr des Dekubitus vorüber, so kann durch Korsett, Schienenhülsenapparate, auch durch *Förster-Stoffel*sche Operation versucht werden, den paraplegischen Kranken zum Setzen bzw. Stehen zu bringen, um ihm eine Berufstätigkeit zu ermöglichen.

Die Diskussion eröffnet *Raven* mit dem Bemerken, daß der Vortr. auf die Schwierigkeit hingewiesen hat, zu entscheiden, ob eine organische Verletzung oder eine Kommotion des Rückenmarks vorliegt. Hier ist vielleicht ein Symptom geeignet, uns weiterzubringen, auf das vor einiger Zeit *Knauer* hinwies: die Pulsation des Zerebrospinalliquors. Bei intaktem Duralsack zeigt der Liquor bei der Lumbalpunktion pulsatorische Schwankungen im Steigrohr. Diese fallen fort bei Verletzungen der Dura, da dann der Liquor durch den Duraschlitz ausweicht. Da wir bei Duraverletzungen in der Regel auch mit Verletzungen des Rückenmarkes rechnen müssen, erscheint das erwähnte Symptom geeignet, hier differentialdiagnostisch verwertet zu werden.

Hübotter führt aus, daß im Gegensatz zu allzu zahlreichem operativem Vorgehen zu Anfang des Krieges Rückenmarksverletzungen jetzt



nur relativ selten operiert zu werden scheinen. Im Feldlazarett kommt die Operation nur ausnahmsweise in Frage; anders in den großen Heimatlazaretten. In den gut eingerichteten Krankenhäusern, bei peinlichster Asepsis, in den Händen eines besonders in Rückenmarksoperationen erfahrenen Chirurgen ist die Laminektomie kein übermäßig schwerer Eingriff. Indikationen sind: Kompression durch Geschoßteile, Knochensplitter usw., ferner übergroße Schmerzen. In diesen Fällen sind die Erfolge nicht selten recht befriedigend; unter diesen Gesichtspunkten wird man bei den sonst so unglücklich Betroffenen doch das Risiko auf sich nehmen, ab und zu einen Kranken zu operieren, bei dem die Operation keinen Nutzen bringen kann. Das läßt sich bei den Schwierigkeiten der Diagnostik nicht vermeiden. Besonders für die Behandlung der Rückenmarksverletzungen soll das Motto des Hippokrates gelten: 'Ωφελεῖν ἢ μὴ βλάπτειν, „Helfen, oder doch — wenigstens nicht schaden".

Gerstenberg, *Delbrück* beteiligen sich ebenfalls an der Diskussion.

Stolzenburg-Göttingen: Einige Bemerkungen zur Dienstbeschädigungsfrage bei den wichtigsten Psychosen.

St. bespricht auf Grund seiner Untersuchungen beim Kgl. Bezirkskommando G. die Frage des Zusammenhangs zwischen manisch-depressivem Irresein, Dementia praecox, Paralyse und K. D. B. Auf Grund der Gutachtertätigkeit im Frieden zieht er die Parallele zwischen Friedens- und Kriegserfahrungen und kommt zu dem Schluß, daß bei den genannten drei psychischen Störungen Kriegs- und Friedenserfahrungen voneinander nicht abweichen. Die militärischen Gutachter nehmen allerdings auf diese Tatsache nicht hinreichend Rücksicht und erkennen als Ursache beim manisch-depressiven Irresein und Dementia praecox in fast allen Fällen äußere Ursachen an, seien diese auch noch so geringfügig. Sie verkennen dabei die endogene Natur der beiden Krankheitsformen, trotzdem sowohl die „Denkschrift', als auch die „Anhaltspunkte", die das K. M. herausgegeben hat, auf dem Standpunkt stehen, daß bei beiden Erkrankungen das endogene Moment das Wesentlichste ist. Allerdings muß ausdrücklich hervorgehoben werden, daß dieser Standpunkt vom K. M. rein theoretisch gehandhabt wird. In der Praxis ist in allen Fällen, die *St.* hat verfolgen können, entgegen den „Anhaltspunkten" K. D. B. angenommen, und zwar nicht von den Korpsärzten, sondern vom K. M., auch wenn die Krankheit bereits vor dem Eintritt ins Heer bestanden hat, ja, die Kranken früher bereits in Heilanstalten waren. Von welchem Gesichtspunkte aus das K. M. die Frage des Zusammenhanges von manisch-depressivem Irresein, der Dementia praecox und K. D. B. demnach beurteilt, ist trotz der „Anhaltspunkte" nicht ersichtlich. Schwere Kopfverletzungen u. dgl. werden als auslösendes Moment auch von uns anerkannt, wie diese auch als auslösendes Moment bei der progressiven

Paralyse in Frage kommen. Bei Begutachtung der Paralytiker haben sich ebenfalls zwischen Kriegs- und Friedenserfahrungen Differenzen nicht ergeben, wie auch schon früher von anderer Seite betont ist.

In der Diskussion kann *Eichelberg* sich der Auffassung *Stolzenburgs* nicht ohne weiteres anschließen. Wenn man ehrlich sein wolle, müsse man doch sagen, daß wir über die Entstehungsursachen der Dementia praecox noch sehr wenig wissen. Ob es daher berechtigt sei, den allgemeinen Kriegserlebnissen mit den starken psychischen Aufregungen beim Zustandekommen dieser Erkrankung eine ganz untergeordnete Bedeutung beizumessen, müsse doch zweifelhaft erscheinen. *E.* fährt fort: Es muß zugegeben werden, daß bei einer großen Zahl derartiger Krankheitsfälle die Erkrankung schon vor der Militärzeit bestanden hat; genaue nicht schematische Nachforschungen über das frühere Leben der Kranken gaben hierüber meist einwandfreien Aufschluß. Es gibt aber doch auch Fälle, wo die Betreffenden als gesunde Leute ins Feld kommen und mit einer ausgesprochenen Dementia praecox zurückkehren. Bei dem augenblicklichen Stand der Wissenschaft wird es doch nicht möglich sein, mit Bestimmtheit zu beweisen, daß Kriegsereignisse und diese Erkrankung nichts miteinander zu tun haben. Bei dem sehr weiten Entgegenkommen, das sonst bei der Frage der Dienstbeschädigung angenommen wird, so z. B. in der Karzinom-Frage, wird man deswegen bei diesen Fällen doch auch oft zur Anerkenntnis der Dienstbeschädigung kommen. *Eichelberg* weist darauf hin, daß bei der endgültigen Anerkenntnis der Dienstbeschädigung sicherlich auch soziale und nicht nur rein medizinische Rücksichten eine Rolle spielen. Ähnlich liegen nach *E.*s Ansicht auch die Verhältnisse bei der Paralyse. Es kann selbstverständlich keinem Zweifel unterliegen, daß zum Zustandekommen der Paralyse in erster Linie eine überstandene Lues notwendig ist; aber es müssen doch auch noch andere ätiologische Momente hierbei in Frage kommen; denn es ist doch eine bekannte Tatsache, daß nur ein ganz geringer Prozentsatz der Luiker später Paralyse bekommt. Es ist doch auch durchaus möglich, daß schwere psychische Aufregungen, körperliche und besonders geistige Überanstrengungen, Schlaflosigkeit und dergleichen einen wesentlichen Teil dieser übrigen ätiologischen Momente ausmachen. Daher dürfte es nicht angängig sein, bei der Paralyse die Frage der Dienstbeschädigung regelmäßig zu verneinen; unsere Kenntnisse sind auch hier noch nicht so weit, daß wir das Gegenteil mit Sicherheit beweisen können.

Auch *Stamm* beteiligt sich an der Diskussion.

Die 50. Versammlung des Vereins hatte stattgefunden am 6. Mai 1916 ebenfalls in Hannover. Anwesend waren damals: *Bartsch*-Lüneburg, *Becker*-Hildesheim, *Benno*-Goslar, *Brunotte*-Gandersheim, *Bruns*-Hannover, *Dammann*-Marsberg, *Deetjen*-Cassel-Wilhelmshöhe, *Eichelberg*-Hedemünden, *Facklam*-Suderode, *Gellhorn*-Goslar, *Gerstenberg*-Hildes-



heim, *Grimme*-Hildesheim, *Hampe*-Braunschweig, *Hesse*-Ilten, *Holzer*-Warstein, *Koch*-Hildesheim, *Kracke*-Lüneburg, *Leymann*-Nienburg a. W., *Lindemann*-Hannover, *Loewenthal*-Braunschweig, *Maschmeyer*-Göttingen, *Müller*-Hildesheim, *Osann*-Hannover, *Rapmund*-Göttingen, *Reinhold*-Hannover, *Rinne*-Langenhagen, *Roesebeck*-Linden, *Schlüter*-Braunschweig, *Schmidt*-Wunstorf, *Schröder*-Hildesheim, *Schultze*-Göttingen, *Snell*-Lüneburg, *Stamm*-Ilten, *Wichmann*-Pyrmont.

Vorsitzender: *Snell*-Lüneburg.

Vorträge waren gehalten von 1. *Bruns*-Hannover: Kriegsverletzungen des Rückenmarkes; 2. *Bartsch*-Lüneburg: Psychiatrische und neurologische Beobachtungen in den Reserve-Lazaretten des X. Armeekorps. Referate über die Vorträge waren nicht zu erhalten.

Gerstenberg-Lüneburg.



Kleinere Mitteilungen.

Deutscher Verein für Psychiatrie, E. V. — Rechnungsabschluß für 1917.

A.	Kassenbestand aus dem Vorjahr (siehe Allg. Zeitschr. Bd, 73, S. 381, Heft 4)		M. 17 282,95
B.	Einnahmen:		
	a) Mitgliederbeiträge für 1917: 460 zu 5 M.		2 300,05
	für 1915 und 1916 je einer zu 5 M.		10,—
	für 1918 fünf zu 5 M.		25,—
	b) Zinsen von Wertpapieren, und zwar von		
	2500 M. 3 % Pfandbriefen		75,—
	3000 M. $3^1/_2$ % Pfandbriefen		105,—
	5500 M. 4 % Reichsanleihe		220,—
	4000 M. 5 % Reichs-Kriegsanleihen II—IV		200,—
	3500 M. desgl. V. und VI (je ein halbes Jahr)		87,50
	Zins von der Sparkasse		55,50
	Einnahme zusammen		M. 20 361,—
C.	Ausgaben. Geschäfte des Vorstandes:		
	a) Sitzung	M. 448,—	
	b) Auslagen des Schriftführers	344,50	
	c) Kosten der Kassenführung	57,04	M 849,54
	Bleibt Bestand:		M. 19 511,46

Angelegt M. 2420,65 in VI. und VII. Deutscher Kriegsanleihe (s. unter D.)

D.	Bestand: 1. in Wertpapieren (Ankaufswert)		
	2500 M. 3 % Pr. Zentr.-Pfandbriefe	M. 2168,35	
	3000 M. $3^1/_2$ % desgl.	2930,85	
	5500 M. 4 % Reichsanleihe	5586,70	
	2000 M. 5 % Reichskriegsanleihe II	1947,20	
	1000 M. „ III	965,40	
	1000 M. „ IV	972,90	
	2000 M. „ V	1930,75	
	1500 M. „ VI	1465,15	
	1000 M. „ VII	955,50	M. 18 922,80
	Die Wertstücke befinden sich im Depot der Landschaftl. Bank der Provinz Pommern in Stettin.		
	2. Baarbestand		M. 588,66
	Sind wie oben		M. 19 511,46

Viele Mitglieder sind mit ihren Beiträgen für 1917 im Rückstand geblieben. Wegen der Einziehung müssen erst Schritte getan werden. Die Zahlungen erscheinen fürs folgende Jahr in Einnahme.

Stettin, Kaiser Wilhelm-Straße Nr. 8, im April 1918.

Der Schatzmeister:
Geh. Med.-Rat Dr. *F. Siemens.*

Die Heinrich Laehr-Stiftung hat auch im Rechnungsjahr vom 1. April 1917 bis 1. April 1918 Herrn Prof. Dr. *Isserlin*-München zur Fortsetzung seiner psychologisch-phonetischen Untersuchungen 1100 M. überwiesen. Das Vermögen der Stiftung bestand am 1. April 1918 aus

5 000	M.	3 %	preuß. Konsols	eingetragen im Staatsschuldbuch und der Darlehnskasse Berlin verpfändet
100 000	„	3½ %	„ „	
37 000	„	4 %	„ „	
96 500	„	5 %	1. Kriegsanleihe	eingetragen im Reichsschuldbuch und der Darlehnskasse Berlin verpfändet
70 000	„	5 %	2. „	
52 000	„	5 %	3. „	der Darlehnskasse Berlin verpfändet
39 000	„	4½ %	4. „	
29 000	„	5 %	5. „	
24 000	„	4½ %	6. „	
4 000	„	4½ %	6. „	
5 000	„	5 %	7. „	
25 000	„	5 %	7. „	der Darlehnskasse Berlin verpfändet.

4 543,15 M. Guthaben bei der Darmstädter Bank.

Demgegenüber standen 322 880 M. Schulden an die Darlehnskasse Berlin.

Die Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen wird am 27. Oktober in Leipzig ihre Sitzung halten. Herr *Willige* wird über die Behandlung der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems berichten. Vorträge sind angemeldet von den Herren *Wichura, Anton, Jolly, Strohmayer, Flechsig, Ziehen, Pfeifer*-Nietleben, *v. Rohden, Pfeifer*-Leipzig, *Nießl v. Mayendorf, Krapf, Grund, v. Velzen.* Nähere Auskunft erteilt Dr. *Quensel*, Leipzig, Albertstr. 37.

Nachdem kürzlich die Stadt Frankfurt a. M. das Bad Sodenthal für kurbedürftige Kinder erworben hat, hat die Stadtverordnetenversammlung am 12. März den Ankauf der Kuranstalt Hohemark (bisheriger Besitzer Prof. *Friedländer*) beschlossen. Die Anstalt mit ihrem über 40 Morgen großen Gelände wird in ein Mittelstandsanatorium für solche Patienten, deren Nervensystem durch körperliche oder geistige Überanstrengung Schaden genommen hat, umgewandelt.

Die **Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie** hat an die Behörden, die einen Arbeitsplatz gemietet haben, folgendes Anschreiben gesandt:

Indem wir für die freundliche Zusage, bei der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie einen Arbeitsplatz belegen zu wollen, unseren ergebensten Dank aussprechen, beehren wir uns, mitzuteilen, daß die Anstalt am 1. April d. J. eröffnet wurde, freilich zunächst noch nicht in vollem Umfange. Die Verhältnisse des Krieges haben es mit sich gebracht, daß die Einrichtung der chemischen und der psychologischen Abteilung einstweilen verschoben werden mußte, bis es möglich sein wird, geeignete Räumlichkeiten und namentlich auch Persönlichkeiten für deren Betrieb zu gewinnen. Dagegen haben die beiden histopathologischen Abteilungen unter der Leitung der Professoren *Nissl* und *Spielmeyer*, die topographisch-histologische unter Professor *Brodmann*, die serologische unter Professor *Plaut* und die demographisch-genealogische Abteilung unter Professor *Rüdin* ihre Arbeiten aufgenommen. Wir beabsichtigen, außerdem noch eine klinische Abteilung zu betreiben, die der Unterzeichnete leiten wird.

Mit der Aufnahme von wissenschaftlichen Arbeitern denken wir vom 1. Juli d. J. ab beginnen zu können. Die Zahl der verfügbaren Arbeitsplätze beträgt vorläufig

in den drei anatomischen Abteilungen zusammen	10
in der serologischen Abteilung	4
in der demographisch-genealogischen Abteilung	3
in der klinischen Abteilung	6

Anmeldungen von Arbeitern für die einzelnen Abteilungen können jederzeit erfolgen; sie finden so lange Berücksichtigung, wie in ihnen noch Plätze verfügbar sind. Die Benutzung der Arbeitsplätze denken wir uns, von besonderen Ausnahmefällen abgesehen, so, daß jeder Arbeiter hier eine bestimmte, seinen Neigungen nach Möglichkeit entsprechende wissenschaftliche Untersuchung durchführt, deren Ergebnisse tunlichst zur Veröffentlichung gelangen sollen. Bei der Auswahl der zu bearbeitenden Fragen wird dem Abteilungsleiter die Entscheidung darüber zustehen müssen, ob sie mit den der Forschungsanstalt zu Gebote stehenden Hilfsmitteln erfolgreich in Angriff genommen werden können. Auf der anderen Seite werden die Abteilungsleiter eine Liste derjenigen Untersuchungen aufstellen, die sich für die Bearbeitung unter den gegebenen Umständen eignen, um denjenigen Herren, die nicht mit eigenen Arbeitsplänen herkommen, die Wahl zu erleichtern.

Ein wechselnder Besuch verschiedener Abteilungen, um überall flüchtige Einblicke zu gewinnen, kann weder im Interesse der Arbeiter, noch der Forschungsanstalt, noch auch der die Arbeitsplätze mietenden Körperschaften empfohlen werden, da auf diese Weise die Fähigkeit zu selbständiger wissenschaftlicher Arbeit keinesfalls erworben werden kann, die doch das Ziel unserer Bestrebungen bildet. Dagegen soll den hier

arbeitenden Herren durch Vorträge und Vorweisungen aller Art die Möglichkeit geboten werden, außer ihrem besonderen Arbeitsgebiete auch die Tätigkeit der übrigen Abteilungen kennen zu lernen.

Bei der Unmöglichkeit, während des Krieges eine größere Zahl von leistungsfähigen Mikroskopen zu beschaffen, muß vorläufig erwartet werden, daß die Herren, die anatomisch zu arbeiten wünschen, ihr eigenes Mikroskop mitbringen.

Die Mietgebühr bitten wir auf das Scheckkonto Nr. 9510 der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie bei der Bayerischen Hypotheken- und Wechselbank in München anzuweisen. Wir möchten dabei betonen, daß wir weit davon entfernt sind, diesen Mietpreis als Gegenwert für den von uns gewährten Arbeitsplatz anzusehen. Wir betrachten ihn vielmehr als die Unterstützung eines gemeinnützigen, der Erhaltung und Förderung der Volksgesundheit dienenden Unternehmens. Wenn wir dafür Arbeitsplätze zur Verfügung stellen, so geschieht das einmal, um auf diese Weise unseren Dank zum Ausdrucke zu bringen, sodann aber deswegen, weil so die Bestrebungen, denen die Forschungsanstalt dient, am nachhaltigsten und erfolgreichsten gefördert werden können.

Da wegen Papierknappheit höchstens 25 Separatabdrucke abgegeben werden können, ist es leider nicht möglich, den Mitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie den diesjährigen Versammlungsbericht zuzusenden.

Personalnachrichten.

Dr. *Karl Wilmanns*, Dir. der Landesanstalt bei Konstanz, ist als o. Professor an die Universität Heidelberg berufen worden

Dr. *Johannes Klewe-Nebenius*, Med.-Rat, ist zum Direktor der Landesanstalt bei Konstanz,

Dr. *Otto Hösel*, Geh. Med.-Rat und Vortrag. Rat im Ministerium des Innern zu Dresden, zum ord. Mitglied der 1. Abt. des Kgl. Sächsischen Landes-Gesundheitsamts,

Dr. *H. Paul Nitsche*, Med.-Rat, Oberarzt im Sonnenstein, zum Direktor der Landesanstalt Leipzig-Dösen, und

Dr. *Walter Heinicke*, Oberarzt in Großschweidnitz, zum leitenden Arzt der Landesanstalt Waldheim ernannt worden.

Dr. *Alb. Wilh. Kellner*, Oberarzt in Waldheim, ist an die Landesanstalt Hubertusburg,

Dr. *Kurt* v. *Leupoldt* und

Dr. *Felix Großmann* von Teupitz nach Görden versetzt worden.

Dr. *Friedrich Lehmann*, San.-Rat, hat die Leitung der Heilanstalt Lindenhof in Coswig, die er 13 Jahre innegehabt, niedergelegt und die Heilanstalt Hartheck pachtweise übernommen.



Dr. *Ferd. Lohse*, bisher 2. Arzt der Heilanstalt Lindenhof, ist leitender Arzt derselben geworden.

Dr. *Gustav Emanuel*, bisher Oberarzt der Dr. *Edel*schen Heilanstalt in Charlottenburg, trat als Leitender Arzt in die Direktion der Anstalt ein.

Dr. *Franz Jahnel*, Ass.-Arzt in Frankfurt a. M., und

Dr. *Heinrich Schrottenbach* in Graz haben sich als Privatdozenten habilitiert.

Dr. *Walter Spielmeyer*, Leiter einer histopathol. Abt. der Deutschen Forschungsanstalt in München, und

Dr. *Hugo Liepmann*, Dir. der städtischen Anstalt Herzberge, wurden zu ordentlichen Honorarprofessoren,

Dr. *Alfred Busch*, Priv.-Doz. in Tübingen, zum a o. Professor ernannt.

Dr. *Oskar Wattenberg*, Dir. der staatlichen Heilanstalt Strecknitz bei Lübeck,

Dr. *Adalbert Gregor*, Doz. in Leipzig, und

Dr. *Heinrich Többen*, Doz. für gerichtl. Psychiatrie in Münster, erhielten den Titel Professor.

Dr. *Alfred Dluhosch*, Dir. in Obrawalde,

Dr. *Ernst Schneider*, Dir. in Osnabrück,

Dr. *Otto Snell*, Dir. in Lüneburg,

Dr. *Gerhard Backenköhler*, Dir. in Aplerbeck,

Dr. *Heinrich Farwick*, Oberarzt in Münster,

Dr. *Bernhard Schauen*, Dir. in Neustadt (W.-Pr.), und

Dr. *Julius Weiler*, Dir. der Privatanstalt in Charlottenburg-Westend wurden zu Geh. Sanitätsräten,

Dr. *Eduard Schütte*, Oberarzt in Lüneburg,

Dr. *Hermann Bauer*, Oberarzt in Neuhof-Ückermünde,

Dr. *Carl Christoph*, Oberarzt in Kosten,

Dr. *Gustav Deutsch*, Oberarzt in Treptow a. R.,

Dr. *Hermann Engelken*, Oberarzt in Pfafferode,

Dr. *Rudolf Ganter*, leitender Arzt in Wormditt,

Dr. *Emil Heinze*, Dir. in Schwetz,

Dr. *Theodor Hinrichs*, Oberarzt in Schleswig,

Dr. *Magnus Hirschfeld* in Berlin,

Dr. *Arthur Ketz*, Oberarzt in Schwetz,

Dr. *Eduard Kleffner*, Dir. in Münster,

Dr. *Max Lückerath*, Oberarzt in Bonn,

Dr. *Bruno Neugebauer*, Oberarzt in Conradstein,

Dr. *Otto Repkewitz*, Oberarzt in Schleswig,

Dr. *Bernhard Risch*, Oberarzt im Eichberg, und

Dr. *Karl Wickel*, Oberarzt in Dziekanka, zu Sanitätsräten,

Dr. *Erich Wendt*, Oberarzt zu Leipzig-Dösen, zum Medizinalrat ernannt.

Dr. *Franz Weisenhorn*, Anstaltsarzt in Pforzheim, Oberarzt d. L.,





Dr. *Jos. Hoppe*, Oberarzt in Uchtspringe, Oberstabsarzt d. R.,
Dr. *Alfred Hohlfeld*, leitendem Arzt in Schweizerhof, und
Dr. *Georg Ilberg*, Geh. Med.-Rat, Dir. des Sonnensteins, wurde das Eiserne Kreuz 1. Kl.,
Dr. *Gabriel Anton*, Geh. Med.-Rat und Prof. in Halle, das Herz. Anhalt. Friedrich-Kreuz am grün-weißen Bande,
Dr. *Walter Levinstein*, San.-Rat, Leiter der Heilanstalt Schöneberg, das Verdienstkreuz für Kriegshilfe verliehen.
Dr. *G. H. Lehmann*, Geh. Med.-Rat, Dir. in Leipzig-Dösen, erhielt das Offizierkreuz vom Albrechtsorden und ist, kurz nachdem er in den Ruhestand getreten, im 63. Lebensjahre am 2. April gestorben.
Dr. *Wolfgang Hieronymus*, Oberarzt in Lauenburg, Ritter des Eisernen Kreuzes 1. Kl., fiel durch Granatschuß am 23. März als Stabs- und Regimentsarzt in einem Grenadierregiment.
Dr. *Max Goldstein*, Geh. San.-Rat in Lichterfelde, ist am 20. März,
Dr. *Julius Rieder*, Oberstabsarzt in Koblenz,
Dr. *Hans Götze*, San.-Rat, Oberarzt in Untergöltsch, am 2. Mai,
Dr. *Franz Simon*, Geh. San.-Rat in Görlitz, früher Dir. in Lüben, am 21. März 67jährig,
Dr. *Louis Jenz*, Dir. der Idiotenanstalt in Schwerin,
Dr. *Otto Kurz*, San.-Rat, Dir. der Privatanstalt in Pfullingen, und
Dr. *Hermann Petersen*, San.-Rat, Dir. der Prov.-Anstalt Brieg, sind gestorben.
Dr. *Max Sommer*, 2. Arzt an den Dr. *Erlenmeyer*schen Anstalten in Bendorf, ist im Felde gefallen.
Dr. *Korbinian Brodmann*, ao. Prof., Leiter der topographisch-histologischen Abteilung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München, ist im Alter von 50 J. gestorben.

Druckfehlerberichtigung.

Auf S. 255 dieses Bandes bitte ich in der 23. Zeile von unten statt „Bewegung" Erregung und in der 2. Zeile von unten statt „Bewegungsgefühlen" Erregungsgefühlen zu lesen. *H. L.*

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

LITERATURBERICHT ZU BAND LXXIV

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1916

REDIGIERT

VON

OTTO SNELL

DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

HEFT I. II.

AUSGEGEBEN AM 6. MAI 1919



BERLIN

W. 10. GENTHINERSTRASSE 38

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1919.



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BLEULER ZÜRICH **BONHOEFFER** BERLIN **FISCHER** WIESLOCH **KLEIST** ROSTOCK **MERCKLIN** TREPTOW A.R. **PERETTI** GRAFENBERG **STRANSKY** WIEN

DURCH

HANS LAEHR

ZEHLENDORF. TELTOWERSTR. 19

VIERUNDSIEBZIGSTER BAND

LITERATURHEFT I. II.



BERLIN

W. 10. GENTHINERSTRASSE 38

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1919



BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1916

REDIGIERT

VON

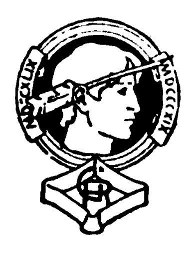
OTTO SNELL

DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

LITERATURHEFT L.II.

ZUM 74. BANDE

DER ALLGEMEINEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE



BERLIN

W. 10. GENTHINERSTRASSE 38

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1919

1. Funktionelle Psychosen.

Ref.: Umpfenbach-Bonn.

1. *Achúcarroy, N.*, y *M. Gayarre* (Madrid), Contribución al estudio de la neuroglia en la corteza de la demencia senil y sa participación en la alteración celular de Alzheimer. Trabajos del Laboratorio de Investigaciones biológicas de la Universidad de Madrid. XII, 1914. H. 1.
2. *Allers, Hermann* (Holzminden), Über Psychosen bei Infektionskrankheiten, besonders bei Pneumonie. Inaug.-Diss. Kiel 1915.
3. *Aplin, F. M.*, Diagnosis of incipient mental disease. Wisconsin M. 3. Febr.
4. *Arsimoles, L.*, et *Legrand* (Paris), Étude clinique d'un cas de presbyophrénie de Wernicke avec polynévrite. Rev. de Psych., XVIII, Nr. 1.
5. *Balfour, Donald C.*, Foreign bodies swallowed by an insane women. The Journ. of the Amer. M. Ass. 66 (6), 421.
6. *Ballet, G.*, Insomnie à crises intermittentes. Manifestation de la psychose périodique. La Presse méd. 24 (10) 73. (S. 17*.)
7. *Becker, Werner H.* (Weilmünster), Zur Differentialdiagnose von angeborener und im reiferen Lebensalter erworbener Demenz. Fortschr. d. Med. 34 (2) 11.
8. *Becker, Werner H.* (Weilmünster), Zur Diagnose der Dementia praecox. Fortschr. d. Med. 34, S. 201.
9. *Begnon* et *Leinberger*, Asthénie traumatique et dysthénie périodique. Nouv. Iconogr. 27, p. 415.
10. *Besenbruch, Max* (Wilhelmshaven), Akute halluzinatorische Verwirrtheit und Sehnervenentzündung nach Vergiftung durch Farbendunst. Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hygiene Bd. 20, S. 177.



11. *Bickel, Heinrich* (Bonn), Die wechselseitigen Beziehungen zwischen psychischem Geschehen und Blutkreislauf mit besonderer Berücksichtigung der Psychosen. Leipzig, Veit & Cie. 208 S.

12. *Bilicki, Eduard*, Geistesstörungen bei Karzinomerkrankungen. Inaug.-Diss. Kiel.

13. *Bitler, Otto*, Über die Wirkung des Adrenalins auf das Gefäßsystem Geisteskranker, mit besonderer Berücksichtigung der Dementia praecox. Inaug.-Diss. Bonn 1915. (S. 21*.)

14. *Birnbaum, Karl* (Berlin-Buch), Zur Simulation geistiger Störungen. Groß' Archiv Bd. 66, S. 71.

15. *Birnbaum, Karl* (Berlin-Buch), Zum manisch-depressiven Irresein und seiner Wahnbildung. Allg. Ztschr. f. Psych. 72, S. 439.

16. *Birnbaum, Karl* (Berlin-Buch), Kriegsneurosen und -psychosen auf Grund der gegenwärtigen Beobachtungen. Sammelbericht. Ztschr. f. ges. Neurologie u. Psych. Referate. Bd. 12, S. 317, Bd. 14, S. 193.

17. *Böhler*, Selbstmord durch Resektion des Querkolons. Wien. klin. Wschr. Nr. 9.

18. *Bade, Franz*, Die psychischen Störungen bei Paralysis agitans. Inaug.-Diss. Kiel.

19. *Bolten, G. C.* (s' Gravenhage), Epilepsie und Dipsomanie. Tijdschr. voor Geneesk. 26. August (S. 17*).

20. *Bolten, G. C.* (Haag), Drei Aufsätze über Epilepsie. III. Epilepsie und Dipsomanie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39, S. 237.

21. *Bonhoeffer, Karl* (Berlin), Die Bedeutung der Kriegsschädigungen in der Psychopathologie unter besonderer Berücksichtigung der Dienstbeschädigungsfragen. Sitzungsbericht. Ärztl. Sachv.-Ztg. Jahrg. 22, S. 274.

22. *Bonhoeffer, Karl* (Berlin), Erfahrungen aus dem Kriege über die Ätiologie psychopathischer Zustände. Sitzungsbericht. Neur. Ztlbl. Jahrg. 35, S. 789.

23. *Bonhoeffer, Karl* (Berlin), Psychogene Kontraktur bei Katatonie. Berl. Ges. f. Psych. u. Nervenkrankh. Sitzung v. 19. Juni 1916.

24. *Bonne, Georg Heinrich* (Klein-Flottbeck), Die Lazarettpsychose und ihre Verhütung. Münch. Med. Wschr. 63, S. 1191.

25. *Bornstein, M.* (Warschau), Eigentümlicher Typus der psychischen

Zerspaltung (Schizothymia reactiva). 1916. Warschau. (Polnisch.)

26. *Boumann*, *L.* (Amsterdam), Luetische Psychosen. Psychiatr.-Neurol. Wschr. 1916/17, S. 285, 305, 320.

27. *Brauns*, *Bernhard* (Oesselse-Hannover), Zur Lehre von den postoperativen Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel.

28. *Bresler*, *Joh.* (Lüben), H. Bickels Untersuchungen über die wechselseitigen Beziehungen zwischen psychischem Geschehen und Blutkreislauf mit besonderer Berücksichtigung der Psychosen. Psychiatr.-Neurol. Wschr. 1916/17, S. 115.

29. *Brodsky*, *Emanuel S.*, Symptomatic psychoses of the renal type with report of two cases. Med. Rec. 88, p. 868.

30. *Brown*, *S.*, Chronicity and deterioration in manic depressive cases. Journ. of ment. Science LX, p. 177.

31. *Brown*, *S.*, On the interpretation of symptoms in the infective-exhaustive psychoses. Journ. of nerv. and ment. disease 43, Nr. 6.

32. *Brückner*, *E. L.* (Hamburg), Psychiatrische Kriegserfahrungen. Münch. Med. Wschr. S. 837.

33. *Brüggemann*, *Heinrich* (Oberhausen), Kasuistischer Beitrag zur Lehre vom Querulantenwahnsinn. Inaug.-Diss. Kiel 1915.

34. *Bumke*, *Hedwig* (Rostock), Die Beschleunigung der Blutgerinnungszeit bei Dementia praecox. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 40, S. 344. (S. 19*.)

35. *Bumke*, *Oswald* (Freiburg i. Br.), Zur Paranoiafrage. 101. Sitzung des Vereins ostdeutscher Psychiater u. Neurologen. Breslau, 9. Dez. 1916.

36. *Bumke*, *Oswald* (Freiburg i. Br.), Körperliche Symptome bei der Dementia praecox. Med. Sektion d. schles. Ges. f. vaterländ. Kultur zu Breslau. Sitzung vom 17. Nov. 1916.

37. *Burr*, *Ch. W.* (Pennsylvania), Chronic dementia, cerebellar ataxia and epileptiform convulsions in a boy caused by ptomain poisoning from eating cornet salmon. Journ. of the Amer. med. Assoc. 62, p. 1712. 1914.

38. *Canavan*, *M. M.*, and *E. Southard*, The significance of bacteria cultivated from the human cadaver: A second series of one hundred cases of mental disease with blood and cerebro-



spinal fluid cultures and clinical and histological correlations. The J. of M. Research 31 (3), 339.
39. *Carpenter*, *C. R.*, The hormone equation of the psychoses. Med. Rec. 90 (20), 843.
40. *Chavigny*, *P.*, Psychiatry in the Active Army. Paris méd. Janvier.
41. *Cotton*, Fatty degeneration of the cerebral cortex in the psychoses with spec. ref. to dementia praecox. Journ. of exper. Med. XXII, Nr. 4.
42. *Courtney*, *J. W.*, Raison d'être of term „Involutional" as applied to melancholia. Boston M. a. S. J. 174 (12).
43. *Cuneo*, *G.*, Psicosi maniaco-depressiva prodotta da ritenzione di azoto con successiva auto-intossicazione ammoniacale per insufficienza della funzione ureogenica. Riv. speriment. di Freniatria 1914, XL, No. 2 u. 3.
44. *Dähling*, *Johannes* (Heide), Über psychische Störungen im Verlauf der Pneumonie. Inaug.-Diss. Kiel 1914.
45. *Davidsohn*, *Tewel*, Psychische Erscheinungen bei Morbus Basedowii. Inaug.-Diss. Königsberg i. Pr. 1914.
46. *Dörken*, *Oskar*, Ein Beitrag zu dem Kapitel: Traumatische Kriegsneurosen und Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel.
47. *Dufour*, *H.*, Trois cas de psychose polynévritique ou maladie de Korsakoff. Journ. de méd. de Paris 1914, no. 23.
48. *Dumesnil*, *M.*, Délires de guerre, influence de la guerre sur les formes des psychoses chez les militaires. Thèse de Paris. Jaive, édit. Rev. neur. 23 (II), p. 275.
49. *Dziembowski*, *Sigmund von* (Posen), Stirnhirnverletzung mit psychischen Ausfallerscheinungen. D. med. Wschr. Jahrg. 42, S. 630.
50. *Emerson*, *H.*, Note on the incidence of status lymphaticus in dementia praecox. Arch. of intern. Med. 14, p. 881.
51. *Enebuske*, *Claës Julian* (Säter), Von der vasomotorischen Unruhe bei Geisteskranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien Bd. 34, S. 449. (S. 24*.)
52. *Engel*, *Adolf*, Die Eigenart der akuten Psychosen im Kindesalter. Inaug.-Diss. Halle a. S.
53. *Epstein*, Krieg und Psychose. Gyogyaszat 1915, Nr. 4, ref. Ztlbl. f. Psychol. u. psychol. Pädag. 1916, Nr. 1.



54. *Erlenmeyer*, *E.* (Bendorf), Der Schock, seine Bedeutung und Behandlung im Felde. Münch. Med. Wchsr. Nr. 27.
55. *Ernst*, *J. R.*, The importance of the early recognition of the mental limitations of the precox type. Med. Record 1915, 87, S. 894.
56. *Farrant*, *Rupert*, The causation and cure of certain forms of lunacy. Brit. M. J. I, 882.
57. *Farrant*, *Rupert*, The causation and cure of certain lunacies. The Lancet 190 (26), 1260.
58. *Farrar*, *Clarence* (Trenton N. J.), Some factors in schizophrenic dementia. Psych. Bull. of the New York St. Hosp. 9, S. 823.
59. *Fauser*, *A.* (Stuttgart), Über dysglanduläre Psychosen. D. med. Wschr. Jahrg. 42, S. 47.
60. *Freud*, *S.*, Mitteilung eines der psychoanalytischen Theorie widersprechenden Falles von Paranoia. Intern. Ztschr. f. ärztl. Psychoanal. 3 (6), 321.
61. *Friderici*, *Bernhard*, Über Dipsomanie. Inaug.-Diss. Kiel.
62. *Fülscher*, *Johann* (Wandsbek), Über Amentia bei Polyarthritis und Polyneuritis. Inaug.-Diss. Kiel.
63. *Gerver*, *Ad.*, Die Kriegspsychose. Russki Wratsch 1915, Nr. 34—36; ref. Neurol. Ztlbl. 1916, Nr. 22. (S. 25*.)
64. *Gibson*, *G.*, Gynecological operations upon the insane. New York med. Journ. 101, p. 293.
65. *Gibson*, *G.*, Relationship between pelvic disease and manic-depressive insanity. Amer. Journ. of obstetrics 74 (3), 439.
66. *Grandjean-Hirter*, *E.* (Interlaken), Über Neurosen und Psychosen toxi-digestiven Ursprungs. D. med. Wchschr. 42, S. 1316.
67. *Grandjean-Hirter*, *E.* (Interlaken), Dasselbe. Klin.-therap. Wschr. Nr. 27/28.
68. *Grundlach*, *Kurt* (Kyritz), Gelenkrheumatismus und Psychose. Inaug.-Diss. Kiel 1915.
69. *Gudden*, *Hans* (München), Kriegspsychiatrische Erfahrungen. Berl. klin. Wschr. Nr. 10.
70. *Haberlandt*, *Friedrich*, Zur Symptomatologie der endogenen Depressionen. Inaug.-Diss. Berlin 1914.
71. *Haedenkamp*, *Karl*, Zur forensischen Beurteilung psychopathischer Grenzzustände. Inaug.-Diss. Rostock.

72. *Hahn, Friedrich* (Kattowitz), Zur Symptomatologie der Paranoia chronica. Inaug.-Diss. Kiel.

73. *Haidn, Lilly*, Anwendung der Organotherapie bei Dementia praecox. Gyógyászat 1915, No. 38. (Ungarisch.)

74. *Halberstadt, G.* (Paris), Contribution à l'étude des paraphrénies. Arch. de Neurol. 1913, Décember.

75. *Halbey, Kurt* (Uckermünde), Senile und arteriosklerotische Seelenstörungen und ihre Beziehungen zur gerichtlichen Psychiatrie. Med. Klin. 12, S. 128.

76. *Harrison, F. M.*, Rôle of hallucinations in psychoses. Journ. of Nerv. and Mental Dis. 43 (3).

77. *Hassin, G. B.*, Dementia and multiple tuberculous abscesses. Med. Record. 88, p. 737.

78. *Henneberg, Richard* (Berlin), Pseudokatatonie nach Typhus. Sitzungsbericht. D. med. Wschr. Jahrg. 42, S. 805.

79. *Herschmann, H.* (Laibach), Über Geisteskrankheit nach Granatschock. Wien. med. Wschr. 66, S. 1395. (S. 26*.)

80. *Hesnard, A.*, Les troubles nerveux et psychiques consécutifs aux catastrophes navales. Revue de Psychiatrie 1914.

82. *Heveroch, A.* (Prag), Über die psychologische Grundlage der Paranoia. Casopis Ceskych lékaruv 53, S. 1283.

83. *Higier, H.* (Warschau), Eigentümlicher Dämmerzustand nach Granatexplosion. Verhdlgn. Warschauer ärztl. Ges. 1915. Eigenbericht Neurol. Ztlbl. 1916, S. 376.

84. *Higier, H.* (Warschau), Amnestische Korsakoffsche Psychose (Type d'amnésie rétroantérograde) von über 20jähriger Dauer. Verhandlungen d. Warschauer ärztl. Ges. CX, S. 221. 1915.

85. *Hinz, Wilhelm* (Brunsbüttel), Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach akuten Infektionskrankheiten: Amentia nach Erysipel. Inaug.-Diss. Kiel.

86. *Hirsch*, Über Kriegspsychose des Weibes. D. Strafrechts-Ztg. 1916, H. 3 u. 4.

87. *Hönigsfeld, Eugen*, Über psychische Grenzformen. Gyógyászat Nr. 1.

88. *Hoisholt*, Infection-psychoses and the symptom-picture of mental confusion. California State Journ. October.



89. *Hollingworth, L. S.*, The frequency of amentia as related to sex. Med. Record 84, 1913, nr. 17.

90. *Hornowski, I.* (Lemberg), Veränderungen in Drüsen mit innerer Sekretion bei psychischen Kranken. Przcyl lekarski 9—11.

91. *Houweninge, Graftdijk van*, Zwei Fälle chirurgischer Behandlung von Psychopathen. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 60 (I), 982.

92. *Hübner, A.* (Bonn), Die Dienstbeschädigungsfrage bei Psychosen. Ärztl. Sachv.-Ztg. Jahrg. 22, S. 164.

93. *Janssens, G.*, Über Stereotypien und verwandte Erscheinungen. Psych. en Neurol. Bladen 20, S. 467.

94. *Kafka, V.*, Serologische Forschungsergebnisse im Bereiche der Psychiatrie und Neurologie. Jb. f. ärztl. Fortbildung 7 (5), 57. (S. 26*.)

95. *Kafka, V.* (Hamburg), Zwangsneurose bei Kriegsteilnehmern Sitzungsber. D. med. Wschr. Jahrg. 42, S. 805.

96. *Kappenburg, B. D. G.*, Struma und Depression. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 60 (II), 1187.

97. *Kauffmann, Alfred Friedrich*, Der weitere Verlauf der Fälle von Korsakoffscher Psychose, die in den Jahren 1904—1911 in der Kgl. psychiatr. Klinik in München aufgenommen wurden. Inaug.-Diss. München.

98. *Kemp, Henry W.*, The relation of pituitary disturbances to paranoidal trends. Journ. of the Amer. med. Assoc. 64, p. 658.

99. *Keniston, J. M.*, Recollection of Psychiatry. Am. J. of Ins., Jan.

100. *Keogh, Chester H.*, Auditory hallucinations in a deap insane patient. Alien. and Neurol. 37 (3), 245.

101. *Kesseler, Karl*, Über Beziehung zwischen Trauma und endogenen Geisteskrankheiten. Inaug.-Diss. Würzburg.

102. *Kielholz* (Königsfelden, Kt. Aargau), Zur Behandlung der Dementia praecox mit Natr. nucleinicum. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien Bd. 34, S. 91. (S. 19*.)

103. *Kirby, G. H.*, Alcohol hallucinosis, with special reference to prognosis and relation to other psychoses. Psych. Bull. of the New York State Hosp. IX, Nr. 3.

104. *Kleist, K.* (Erlangen), Postoperative Psychosen. Berlin, Julius Springer. 30 S. (S. 26*).



105. *Knemeyer*, *Ludwig*, Die körperlichen Symptome der Dementia praecox. Inaug.-Diss. Königsberg.

106. *Kohnstamm*, *Oskar* (Königstein i. Taunus), Schlaf, Hypnose, Schizothymie. Neurol. Ztlbl. 35, S. 832.

107. *Kohnstamm*, *Oskar* (Königstein), Über „Fernheilung" schizothymer Symptome. Münch. Med. Wschr. Jahrg. 63, S. 157.

108. *Kraepelin*, *E.*, und *C. Weiler* (München), Obergutachten über die ursächliche Bedeutung von Kopfverletzungen bei Spannungsirresein (Katatonie). Entscheidungen und Mitteilungen des Reichsversicherungsamtes III.

109. *Kreuser*, *Heinrich* (Winnenthal), Geistige Störungen zu Kriegszeiten. Med. Korr. d. Württemb. ärztl. Landesverb. 86 (26—28), 257, 265, 273.

110. *Krüsmann*, *Moritz*, Über Psychosen bei akuten Infektionskrankheiten. Inferveszenzdelirien, speziell bei Scharlach. Inaug.-Diss. Kiel.

111. *Kühner*, *A.* (Johannisbad-Eisenach), Gedankenkrank, Hypochondrie, insbesondere sexuelle, Hysterie, Schwermut (Melancholie), fixe Ideen, Angst, Furcht usw. Neue Wege zur Verhütung und Heilung. Leipzig, A. Michaelis. 79 S.

112. *Kuhlgatz*, *Wilhelm*, Selbstmord und Verbrechen bei Melancholie nach den in den Jahren 1901 und 1915 stattgehabten Aufnahmen. Inaug.-Diss. Kiel 1915.

113. *Leonard*, *Edward F.*, Report of a case of paranoia. (Chicago neurological society, 21. Januar 1915.) Journ. of nervous and mental disease 42, p. 790.

114. *Levy-Suhl*, *Max*, Psychiatrisches und Neurologisches aus einem Kriegslazarett. Neurol. Ztschr. 35 (23), 945. (S. 26*.)

115. *Lier*, *J. L. van* (Amsterdam), Die senile Paranoia. Doktor-Diss. Amsterdam. H. G. van Dorssen. (S. 24*.)

116. *Löppig*, *Josef* (Leyden), Zur Symptomatologie und forensischen Bedeutung der Amentia. Inaug.-Diss. Kiel.

117. *Löwenstein*, *Otto*, Die Zurechnungsfähigkeit der Halluzinanten, nach psychologischen Prinzipien beurteilt. Inaug.-Diss. Bonn 1914.

118. *Lückerath*, *Gustav* (Bonn), Über Militärpsychosen. Sitzungsbericht. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 72, S. 512.



119. *Mahy, M. H. de*, Problems in Psychiatry. New Orleans M. and S. Journ. Jan. 6.
120. *Mallet, R.*, La confusion mentale chez le combattant. Réunion méd. de la IVe Armée. Ref. Rev. neurol. 23 (II), no. 477.
121. *Marchand, C.*, Des troubles mentaux dans les blessures pénétrantes du crâne causées par les projectiles de guerre. Anal. méd.-psychol. p. 193.
122. *Marinesco, G.*, et *I. Minea*, Lésions de la névroglie corticale dans un cas d'angio-sclérose avec démence. Compt. rend. de la Soc. de Biol. 29, p. 454.
123. *Marx, Emil*, Über die Häufigkeit und die klinischen Symptome der akuten infektiösen und toxischen Geistesstörungen. Inaug.-Diss. Würzburg.
124. *Mason, Henry* (Worcester Mass.), Insanity by contagion. Boston Med. and Surg. Journal 174, nr. 5.
125. *Mertznich, Hans*, Krieg und Anstaltspsychiatrie. Inaug.-Diss. Erlangen.
126. *Meyer, E.* (Königsberg i. Pr.), Über die Fragen der Dienstbeschädigung bei den Psychosen. Sitzungsber. Neurol. Ztlbl. 35, S.791.
127. *Meyer, E.* (Königsberg), Dementia praecox mit krankhafter Selbstverschuldung. Sitzungsber. D. med. Wschr. 42, S. 57.
128. *Meyer, E.*, und *Frieda Reichmann* (Königsberg), Über nervöse Folgezustände nach Granatexplosionen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 56, S. 914.
129. *Meyer, M.* (Köppern), Zur Frage der Adrenalinunempfindlichkeit bei Dementia praecox. Sitzungsber. Neurol. Ztlbl. 35, S. 774. (S. 19*.)
130. *Meyer, M.* (Köppern), Zur Frage der Adrenalinunempfindlichkeit bei Dementia praecox. Vers. südwestd. Neurol., Juni 1916.
131. *Meyers, F. S.*, Über Querulantenwahnsinn. Verslag Psych.-jurid. Gezelschap, November 1915.
132. *Michaelis, Edgar* (Gießen), Zur Kenntnis der psychischen Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern. Inaug.-Diss. Gießen.
133. *Michaelis*, dasselbe. Klinik f. psych. u. nervöse Krankheiten 9, S. 349. Verlag von C. Marhold, Halle a. S. 34 S.
134. *Michaelis, Paul*, Über Kriegspsychosen. Reichsm. Anz. 41 (17—18), 293, 309.





135. *Mills, J. W.*, Some clinical deductions based on the occurrence of Acetone in the urine of the acutely insane. Psych. Bull. of the New York State Hospitals. IX. 4. Oct.

136. *Mire*, Folies de guerre chez les civils. Le Caducée 16, 141.

137. *Moravcsik, E.* (Budapest), Die Psychosen des Krieges. Wien. med. Wschr. 66, S. 1485, 1516.

138. *Moravcsik, Ernst* (Budapest), Über paranoische Geistesstörungen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 72, S. 279.

139. *Morse, M. E.*, Thalamic gliosis in dementia praecox. Amer. Journ. of Insanity 32, nr. 1915.

140. *Müller, Elsbeth* (Barmen), Zur Symptomatologie und Diagnose der Amentia. Inaug.-Diss. Kiel.

141. *Myerson, A.*, Pathological findings in the sympathetic nervous system in the psychosis. Amer. Journ. of insanity, April.

142. *Nack, J.*, A review of the study of the psychoses associated with cerebral arteriosclerosis. Med. Res., Dez.

143. *Naef, Martin Ernst*, Über Psychosen bei Chorea. Inaug.-Diss. Leipzig.

144. *Nußbaum, Robert* (Jeßnitz), Zur Lehre der chronischen Paranoia. Inaug.-Diss. Kiel 1915.

145. *Oláh, Gustav von*, Psychiatrische Kriegsbeobachtungen. Gyógászat No. 20.

146. *Orlowski, L.*, Zur Frage der traumatischen Psychosen. Medycyna 1916.

147. *Overbeck, H. J.*, Kriegspsychosen und Veränderungen des Nervensystems. Mil. geneesk. Tijdschr. 19 (4), 1915.

148. *Pappenheim, M.* (Wien), Über Psychosen bei Kriegsgefangenen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien 33, S. 518.

149. *Pappenheim, Martin*, und *Karl Groß* (Wien), Die Neurosen und Psychosen des Pubertätsalters. Zwanglose Abhandlungen aus den Grenzgeb. d. Pädag. u. Med. Berlin, Jul. Springer H. 1, 1914. (S. 27*.)

150. *Perkins, A. E.*, The relation of pelvic disease to mental disorders. Psych. Bull. 9, S. 26.

151. *Peters, Arthur K.*, Induced paranoiac conditions. Med. Record. 90 (19) 807.

152. *Pfahl*, Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Korsakoffschen



Psychose in der Schwangerschaft. Mtschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., April 1915.

153. *Pfeiffer, J. A. F.*, The neuropathological findings in a case of pernicious anemia with psychical implication. Journ. of nerv. and ment. disease XLII, no. 2.

154. *Pfungen, von*, Messung des Widerstandes von Hand zu Hand durch den Körper bei Psychosen. Wiener med. Wschr. Nr. 35.

155. *Pickhan, Artur*, Unfall und manisch-depressives Irresein. Inaug.-Diss. Bonn 1914.

156. *Pötzl, O.*, und *L. Heß* (Wien), Zur Pathologie der Menstrualpsychose. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 35, S. 323. (S. 27*.)

157. *Prat, A.*, Contribution à l'étude de l'évolution des délires de persécution avec hallucinations. Thèse de Bordeaux 1913.

158. *Prengowsky, P.* (Warschau), Über das hereditäre Auftreten der spastischen vasomotorischen Neurose (mit psychischen Erscheinungen). Arch. f. Psych. 56, S. 836. (S. 27*.)

159. *Radvánszky, Bula*, Baron, Toxämische Psychose bei Sepsis. Orvosi Hetilap 1915, Nr. 47.

160. *Raecke, Julius* (Frankfurt a. M.), Zur forensen Beurteilung der katatonischen Demenz (ein Entmündigungsgutachten). Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 56, S. 522.

161. *Rahne, Hans* (Lehrte), Beiträge zur Symptomatologie der körperlichen Erscheinungen bei der Katatonie (stupuröse Form). Inaug.-Diss. Kiel.

162. *Raimann, E.* (Wien), Fall von „Kriegspsychose". Wien. klin. Wschr. 24, S. 42.

163. *Read, Ch. F.*, Treatment of dementia praecox with sodium nucleinate. Med. Record. 15 January.

164. *Reiche, Franz* (Hamburg), Selbstbeschädigung bei Dementia praecox. Sitzungsber. d. D. med. Wschr. 42, S. 807.

165. *Renaux, Jules*, États confusionals consécutifs aux commotions des batailles. Thèse de Paris 1915.

166. *Reukauff, H.* (Waldheim Sa.), Morde und Mörder. Psych.-neurol. Wschr. 1916/17, S. 27, 55, 67, 81.

167. *Reuter, Fritz* (Ems), Beitrag zur Lehre vom Eifersuchtswahn auf nichtalkoholischer Basis. Inaug.-Diss. Kiel 1915.

168. *Riebeth, Adolf* (Brandenburg a. H.-Görden), Über das Vorkommen

von Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein bei Geschwistern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 31, S. 429. (S. 18*.)

169. *Rieger*, Systematologie der traumatischen Geistesstörung. Inaug.-Diss. Würzburg.

170. *Ross, E. L.*, Metabolism in Dementia praecox. Arch. of intern. Med. 13, p. 889.

171. *Rüdin, Ernst* (München), Studien über Vererbung und Entstehung geistiger Störungen. I. Zur Vererbung und Neuentstehung der Dementia praecox. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neurologie und Psychiatrie, herausg. von Lewandowsky und Wilmanns. H. 12. Berlin, Julius Springer, 172 S. (S. 19*.)

172. *Saaler, Bruno* (Berlin), Über nervöse und psychische Krankheiten in ihrer Beziehung zum Kriegsdienst. Berl. klin. Wschr. Nr. 52.

173. *Sahn, A. J.*, Ein Fall von Malariapsychose. Geneesk. Tijdschr. v. Ned.-Indië 55, S. 466, 1915.

174. *Sarbo, A. v.* (Pest), Über die durch Granat- und Schrapnellexplosionen entstandenen Zustandsbilder. Wien. klin. Wschr. Nr. 20.

175. *Scheer, Wilhelm v. der* (Meerenberg), Menstruation und Psychosen. Psych. en Neurol. Bladen 20, S. 31. (S. 21*.)

176. *Scheffer, C. W.* (Ermelo), Über Autismus bei Patienten mit Dementia praecox. Psych. en Neurol. Bladen 20, S. 303.

177. *Schlomer, Georg* (Berlin-Westend), Das neue Opiumpräparat Holopon in der Neurologie und Psychiatrie. D. med. Wschr. 42, S. 1008. (S. 18*.)

178. *Schmidt, W.* (Freiburg i. B.), Schizophrenie und Dienstbeschädigung. Mschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 40, S. 239. (S. 28*.)

179. *Schneider, Max*, Ein Beitrag zur Frage der manisch-depressiven Erscheinungsformen bei Dementia praecox. Inaug.-Diss. Würzburg 1915.

180. *Schneiter, C.*, Archäische Elemente in den Wahnideen eines Paranoiden. Psychologische Abhandlungen, herausg. von C. G. Jung. I. Bd. Leipzig u. Wien 1914. Franz Deuticke.

181. *Schnitzler, J. G.* (Delft), Mitteilung über Behandlungsversuche



der Dementia praecox mit Schilddrüsenpräparaten. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 60 (I), S. 1179.

182. *Schnitzler*, *J. G.* (Delft), Versuche mit Darreichung von Schilddrüse bei der Dementia praecox. Psych. en Neurol. Bladen 20, S. 292.

183. *Schröder*, *P.*, Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. Neue D. Chir. 18, 211.

184. *Schröder*, *P.* (Greifswald), Katatone Zustände bei progressiver Paralyse. Mtschr. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 40, S. 30. (S. 28*.)

185. *Segelken H.* (Stendal), Selbstmord nach Augenunfall. Klin. Mtsbl. f. Augenheilkd. 56, S. 525.

186. *Selig*, *Árpád*, Die Geisteskranken des Krieges. Gyógyászat Nr. 27.

187. *Serog*, Zwei Fälle von krankhafter Selbstbezichtigung der Simulation. Med. Klin. Nr. 42.

188. *Severin*, *G.* (Rostock-Gehlsheim), Über Adrenalinwirkung bei Schizophrenen und Gesunden. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 40, S. 526. (S. 21*.)

189. *Siemerling*, *E.* (Kiel), Nervöse und psychische Störungen während der Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Sonderabdruck aus dem Handbuch der Geburtshilfe, herausg. von Döderlein. II. Bd. Wiesbaden, Verlag von Bergmann. 52 S.

190. *Silberstern*, Über Störungen bei Verschütteten nach ihrer Belebung. Wiener klin. Wschr. S. 1017.

191. *Šimsa*, Über Kriegsnervenkrankheiten und Kriegspsychosen. Časopis českych lékařův 55, S. 294. (Böhmisch.)

192. *Sirota*, *Lew.*, Katatonie und organisch-nervöse Begleiterscheinungen. Inaug.-Diss. Berlin 1914.

193. *Siwinski*, *B.*, Beobachtungen über das Verhalten der bei Geisteskranken durch intensiven psychischen Schreck hervorgerufenen Eindrücke. Gazeta lekarska No. 13.

194. *Smith*, *Joseph*, Catatonic states in manic-depressive insanity. Med. Record. 87, S. 311.

195. *Sokolow*, *P.*, und *R. Szpakowska-Birnbaum*, Die sozialen Gefühle und Triebe bei Dementen. Korrbl. f. Schweizer Ärzte 46, S. 1281.

196. *Southard*, *E. E.*, and *Canavan*, *M. M.*, Total lesions of cortex of



left angular gyrus in two cases of late catatonia. Amer. Journ. of Insan. Jan.

197. *Soukhanoff, Serge* (Petersburg), De la conviction d'être prisonnier de guerre; contribution à l'étude des troubles mentaux provoqués par la guerre actuelle. Annal. méd.-psychol. 1915, p. 549.

198. *Spangenberg, Gerhard*, Über die Einwirkung des Erysipels auf den Verlauf von Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel.

199. *Starck, Paul*, Psychose nach Herzfehler und Nephritis. Inaug.-Diss. Kiel.

200. *Stedmann, H. R.*, Mental pitfalls of adolescence. Boston M. and S. J. 175 (20).

201. *Stertz, Georg* (Breslau, z. Z. Spaa), Beiträge zu den posttyphösen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 30, S. 533. (S. 21*.)

202. *Stier, Ewald* (Berlin), Psychogene Störung mit Pseudodemenz nach Unfall. Berl. Ges. f. Psych. u. Nervenkrankh., Sitz. v. 10. Juli 1916.

203. *Stier, Ewald* (Berlin). Akut paranoischer Zustand auf dem Boden einer überwertigen Idee. Berl. Ges. f. Psych. u. Nervenkrkh. 10. Jan. 1916.

204. *Stier, Ewald* (Berlin), dasselbe. Sitzungsber. Neurol. Ztlbl. Jg. 35, S. 175.

205. *Stöcker, Wilhelm* (Breslau), Besteht zwischen einem katatonischen Stupor und Erregungszustand einerseits und einer Depression, vielmehr depressivem Stupor und einer Manie andrerseits ein grundsätzlicher Unterschied, und worin besteht dieser? Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien Bd. 32, S. 39. (S. 21*.)

206. *Storz, Wilhelm*, Über Besserungs- und Heilungsaussichten bei Dementia praecox nach Erfahrungen in der 2. oberfränkischen Heil- und Pflegeanstalt Kutzenberg. Inaug.-Diss. Erlangen 1913.

207. *Stransky, Erwin* (Wien), Über Transitivismus. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39, S. 95.

208. *Straßburger, Hugo*, 25 Fälle von Querulantenwahnsinn. Inaug.-Diss. Berlin 1915.



209. *Straßmann, F.*, Die Behandlung der Querulanten. Mitteilungen der internat. kriminalist. Vereinigung 21, 1914, H. 1.
210. *Sturmhöfel, Fritz* (Schwarzort, Ostpr.), Zur Lehre von den in der Haft entstehenden Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel.
211. *Stuurmann, F. J.* (Meerenberg), Verschiedene Fälle paranoider Psychosen. Psych. en Neurol. Bladen 20, S. 488. (S. 23*.)
212. *Suckau, W.* (Frankfurt a. M.), Psychosen bei Frauen im Zusammenhang mit dem Kriege. Allg. Ztschr. f. Psych. Nr. 72, S. 328. (S. 28*.)
213. *Sünder, Bernhard*, Querulantenwahn und Dienstfähigkeit. Inaug.-Diss. Bonn 1914.
214. *Szedlák, Eduard*, Geistesstörung im Anschluß an bilaterale Athetose. Budap. Orvosi Ujság 1916, Nr. 19. (Ungarisch.)
215. *Tausk, V.*, Diagnostische Erörterungen auf Grund der Zustandsbilder der sog. Kriegspsychosen. Wien. med. Wschr. 66, S. 1427, 1456. (S. 28*.)
216. *Thar, Hellmuth*, und *Nina Kotschneff*, Weitere Beiträge zur Kenntnis der Abderhaldenschen Reaktion. Biogr. Ztschr. 69, S. 389.
217. *Theunissen, W. F.* (Lawang), Beiträge zur Kenntnis der Degenerationspsychosen. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. 60 (II), 989.
218. *Theunissen, W. F.*, Bijdrage tot de Kennis der gevangnispsychosen. Geneeskundig Tijdschr. voor Nederlandsch-Indie 56, S. 406. (S. 28*.)
219. *Thiesen, Andreas Christian*, Über psychische Störungen bei Herzkranken. Inaug.-Diss. Kiel.
220. *Thode, Günther* (Berlin-Wilmersdorf), Über die im Gefolge der perniziösen Anämie auftretenden psychischen Störungen. Inaug.-Diss. Kiel 1915.
221. *Tintemann, W.* (Osnabrück), Unfall und Paranoia. Allg. Ztschr. f. Psych. 72, S. 305.
222. *Tobias, Ernst* (Berlin), Ergebnisse der bisherigen Kriegserfahrungen auf dem Gebiete des Nervensystems. D. med. Wschr. Jahrg. 42, S. 109, 134.
223. *Trotsenburg, van*, Een onderzoek van een handeling in vergelijk met een automatisme. Psych. en neur. Bladen 20 (5), 224.



223 a. *Truitt, R. P.*, Existing fallacies regarding mental disorders. New Orleans M. a. S. J. Jan.

224. *Türk, N.* (Wien), Über psychische Störungen bei Verschütteten nach ihrer Belebung. Wiener klin. Wschr. S. 910.

225. *Uhlmann, Fritz* (Schussenried), Nervöse und psychische Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern. Korrbl. d. Württemb. Ärzte-Landesvers. (86) 326, 333, 349, 357. (S. 28*.)

226. *Ulrich, A.* (Zürich), Über die psychischen Wirkungen des Broms und die wirksame Behandlung melancholischer Zustände mit Sedobrol. Korrbl. f. Schweizer Ärzte 46, S. 641. (S. 18.)

227. *Urstein, M.* (Warschau), Psychosen infolge des Krieges und psychische Erscheinungen bei Hirnläsion. Medycyna IV, 1916.

228. *Voß, G.* (Düsseldorf-Krefeld), Zur Frage der Simulation bei Soldaten. D. med. Wschr. Jahrg. 42, S. 1476.

229. *Walsem, G. C. van*, Über Spätheilungen. Psych. en Neurol. Bladen 20, S. 361.

230. *Warburg, Betty* (Altona), Über die im Jahre 1909 in der Kieler psychiatrischen und Nervenklinik beobachteten Fälle von Generationspsychosen. Inaug.-Diss. Kiel 1915.

231. *Wedekind, A. W.*, Beiträge zur Kasuistik der psychischen Infektionen. Journ. f. Psychol. u. Neurol. XXII, H. 6.

232. *Wegener, E.*, Zur Differentialdiagnose zwischen Paranoia und Dementia paranoides auf Grund des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Fermentforsch. I, H. 3, 1915.

233. *Weichbrodt, R.* (Frankfurt a. M.), Psychosen nach Erysipel. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 56, S. 826. (S. 28*.)

234. *Weicht, Leo* (Leobschütz), Über Psychosen bei Gelenkrheumatismus. Inaug.-Diss. Kiel 1915.

235. *Wender, L.*, The applicability of Binet-Simon intelligence tests in psychoses of the senium. New York med. Journ. March 6, 1915.

236. *Wernecke, E.* (Schlachtensee), Laudanon in der Psychiatrie. Berl. klin. Wschr. Nr. 15.

237. *Wernecke, E.* (Berlin-Schlachtensee), Phenyläthylhydantoin (Nirvanol), ein neues Schlaf- und Beruhigungsmittel. D. med. Wschr. Jahrg. 42, S. 1193. (S. 29*.)



238. *Weygandt, W.* (Hamburg), Unfall und Dementia praecox. Mitteil. a. d. Hamb. Staatsanstalten 15, S. 143. (S. 24*.)

239. *Wideroe, J.*, Sindsygdomsformen hos naere slegtninger. Tidskrift for den norske laegeforening No. 4—5.

240. *Williams, G. H.*, The psychosis occurring during the course of pernicious anemia. Journ. of amer. med. Ass. 63, Nr. 11.

240 a. *Widmann, Jos.* (Kosten), Gibt es bei Dementia praecox Schädeldifformationen und welcher Art? (Schluß.) Klin. f. psych. u. nervöse Krankh. 9, S. 285.

241. *Wigert, V.*, Två fall med Korsakows syndrom. Hygiea 78, S. 941.

242. *Wilmanns, Karl* (Heidelberg), Dienstbrauchbarkeit bei Psychopathen. Sitzungsbericht. Neurol. Ztlbl. 35, S. 791.

243. *Wilson, A. A.*, Peripheral neuritis with Korsakoff's symptomcomplex. Journ. of nerv. and ment. disease XLIII, no. 4/5.

244. *Wimmer, A.*, Begraenset Erindringstal og den sankaldte Personling hedsspaltning. Det Kobenhav. Med. Selskabs Forh. 1415/16, S. 2.

245. *Winkler, C.*, Einige forensisch wichtige Psychosen bei Dienstpflichtigen. Verslag psych.-jurid. Gezelschap, Februar 1916.

246. *Zimmermann, Richard* (Hamburg), Über den Alkaligehalt des Blutes bei Geistesgesunden und Geisteskranken. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 40, S. 335. (S. 24*.)

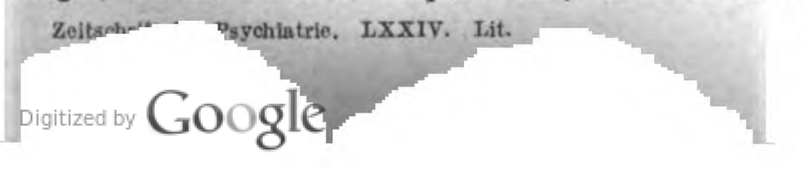
247. *Zimmermann, R.* (Hamburg-Langenhorn), Über eosinophile Leukozytose und Leukopenie bei Geisteskranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien Bd. 34, S. 1. (S. 24*.)

248. *Zimmermann, R.* (Hamburg-Langenhorn), Beitrag zur Histologie der Dementia praecox. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien Bd. 30, S. 354. (S. 24*.)

a) Manisch-depressives Irresein.

Ballet (6) glaubt gewisse periodisch auftretende Schlaflosigkeiten, die bei manchen Menschen plötzlich einsetzen und ebenso plötzlich wieder zu verschwinden pflegen, zu den manisch-depressiven Zuständen rechnen zu müssen, zumal sie gewöhnlich mit einer mehr oder weniger großen Niedergeschlagenheit verlaufen.

Nach *Bolten* (19) ist die Dipsomanie ein Symptomenkomplex, der durch periodische Dysphorien hervorgerufen wird; alle Krankheiten, kongenitale Störungen oder degenerative Zustände, die diese letzteren zeigen, können Dipsomanie zuwege bringen, also auch die manisch-depressive Psychose und Melancholie. Die meisten



Fälle von Dipsomanie gehören sicherlich nicht zur Epilepsie. — Viele Fälle der Dipsomanie gehören zu dem leichteren Typus der manisch-depressiven Psychose; die Dysphorie, welche die depressive Phase einleitet, ist als die unmittelbare Ursache des dipsomanischen Anfalles zu betrachten. Nur diejenigen Fälle der manisch-depressiven Psychose, bei denen während der depressiven Phase die allgemeine Hemmung fehlt oder gering ist, geben Anlaß zur Dipsomanie. Der Dipsomane trinkt Alkohol nicht als Genußmittel, sondern er will seine Dysphorie bekämpfen, und benutzt darum alles, was dafür in Betracht kommen kann. Er hat denn auch keinen besonderen Drang nach Alkohol, sondern nur nach irgendeinem Narkotikum.

Riebeth (168) kommt zu folgenden Ergebnissen: Das Zusammentreffen von manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox bei Geschwistern ist eine Seltenheit. In 62 Geschwistergruppen mit 132 Fällen, in welchen dieses Zusammentreffen in Betracht kommen konnte, waren nur 3 Gruppen mit 6 Fällen, in welchen man das Auftreten dieser beiden Formen der Psychose in derselben Geschwistergruppe allenfalls annehmen konnte. Dabei waren aber diese Fälle diagnostisch nicht einmal völlig einwandfrei, man konnte über ihre Auffassung zum Teil durchaus anderer Ansicht sein. Typische Fälle von manisch-depressivem Irresein von der bekannten klassischen Form und typische Fälle von Dementia praecox finden sich zusammen bei keinem Geschwisterpaar von *Riebeth*.

In der Voraussetzung, daß die Geschwisterpsychosen auf hereditärer bzw. familiärer Anlage beruhen, würde für die Dementia praecox und den manisch-depressiven Irrsinn die große Wahrscheinlichkeit bestehen, daß sie auf getrennten erblichen Veranlagungen beruhen oder daß diese beiden Vererbungskreise — bei Annahme einer allen Psychosen zugrunde liegenden gemeinschaftlichen hereditären Grundlage — entfernt voneinander liegen und nur wenig Berührungspunkte haben. *R.* hält es auch für möglich, daß eine Reihe von periodisch oder zirkulär verlaufenden Fällen zu Unrecht dem manisch-depressiven Irresein zugezählt werden. Man könnte bei derartigen Dementia-praecox-Formen, die nähere Beziehungen zur manisch-depressiven Stammesanlage bzw. Heredität als zur Schizophrenie zeigen, annehmen, daß es sich um eine Mischung von beiden Veranlagungen handelt, bei welchen die manisch-depressive Komponente nur die Verlaufsart bestimmt, während die andere Komponente für den Endausgang maßgebend ist. Auffallend schlecht ist die Prognose der bei Geschwistern auftretenden Dementia praecox.

Schlomer (177) hat Holopon mit gutem Erfolg sowohl bei Erregungs- wie bei Depressionszuständen des manisch-depressiven Irreseins, Dementia praecox, Psychopathien mit akuten und prolongierten Erregungszuständen angewandt. Die Wirkung war anhaltender als beim Pantopon.

Wie *Ulrich* (226) sagt, kann auch eine chronische Brombehandlung ohne jede Gefahr durchgeführt werden, wenn nur der Kochsalzgehalt der Nahrung reguliert wird. Der gesamte Kochsalzgehalt der Nahrung muß mindestens das Doppelte der Bromdosen betragen. — Experimentell hat U. gefunden, daß bei normalen Menschen durch fortgesetzte Bromzufuhr eine euphorische Stimmung erzielt wird. Diese Beobachtung führte ihn zu Versuchen bei Melancholikern, wie die hier beigebrachten Krankengeschichten zeigen, mit bestem Erfolg. Doch wird eine Stim-



mungsänderung nur durch absichtliche Erzeugung des Bromrausches erreicht. Unter Bromrausch versteht *U.* Unsicherheit im Gehen und Stehen, Schwanken wie bei Betrunkenen, charakteristische Sprach-, Schrift- und Gedächtnisstörungen. Dieser Bromrausch muß dann beibehalten bzw. gesteigert werden, bis eine deutliche Stimmungsänderung eintritt, eine Euphorie mit eigenartiger Ideenflucht. — Genügt zu gänzlicher Heilung ein Bromrausch nicht, so können nacheinander mehrere Bromräusche erzeugt werden. Bei dekrepiden arteriosklerotischen Personen ist die Durchführung einer solchen Bromkur kontraindiziert. Der Bromrausch wird durch die Kombination von Kochsalzwegnahme und Bromzulage erzeugt. Das Nähere für die spezielle Technik bei Behandlung der Melancholiker muß bei *U.* nachgelesen werden.

b) Dementia praecox.

Bumke (34) hat anschließend an die Arbeit von *Hauptmann* unter Benutzung seiner Methode 211 Fälle (90 m., 121 f.) auf Blutgerinnung untersucht. Wenig unter der Normallinie begannen das manisch-depressive Irresein und Psychosen des Rückbildungsalters, während Paraphrenie und Dementia phantastica ein niederster Wert, der durchgehends weit über dem normalen steht, nämlich 10 Minuten bis zu 18 bzw. 19. Katatonie steht mit fast einem Drittel, Hebephrenie mit fast der Hälfte der Fälle unter der Normallinie. Während bei *Hauptmann* die Katatonie überhaupt nicht über die Normallinie hinaufreicht, die Hebephrenie nur ½ Minute darüber steht. Der niederste Wert bei *Bumke* ist 3 Minuten, der höchste ist 19 Minuten. Unter den Fällen von *Bumke* waren viel abgelaufene Fälle. — Berücksichtigt *B.* nur die frischen Fälle, so ergibt sich eine Beschleunigung der Gerinnung für Katatonie in 70 Proz., für Hebephrenie in 86 Proz. der Fälle. Somit hat die Untersuchung doch einen gewissen diagnostischen Wert.

Kielholz (102) hat die Versuche von *Donath* bei 18 hier mitgeteilten Fällen von Dementia praecox kontrolliert und gefunden, daß bei schweren, länger als 2 Jahre dauernden Katatonien die Nukleinkur auch mit großen Dosen (nach *Donath*) zwecklos ist. Günstig zu beeinflussen, so daß wenigstens länger dauernde Remissionen erreicht werden, sind dagegen speziell Stuporzustände in den Anfangsstadien der Katatonie mit Nahrungsverweigerung und Mutazismus, ferner heftige, den Organismus gefährdende Erregungen hebephrener und katatoner Natur, deren Behandlung mit andern chronischen und physikalischen Mitteln erfolglos bleibt.

Meyer (129) kommt nach Versuchen mit Adrenalin bei Gesunden und Geisteskranken zu dem Schluß, daß es nicht möglich ist, diagnostische Schlüsse zu ziehen.

Rüdin (171) geht von dem Satz aus, daß auch beim Menschen die *Mendel*sche Vererbung wohl vorwalten dürfte, wenn auch der Nachweis äußerst schwierig ist. Vor allem darf man nicht einseitig nur die schwer belasteten Familien berücksichtigen (*Rüdin*, *Weinberg*). Das Zahlenverhältnis der Kranken zu den Gesunden ist von allergrößter Bedeutung. Die Wege, welche die Psychiater im allgemeinen bisher in betreff Vererbungsfrage eingeschlagen haben, bieten keine einwandfreien Resultate. Zur Gewinnung *Mendel*scher Proportionen spricht sich *Rüdin* für die von *Weinberg* ausgedachte Geschwistermethode und Probandenmethode aus. Diese



„besteht darin, daß in den Geschwister-Sippschaften, die dem Psychiater zur Verfügung stehen, nicht einseitig die Summen der kranken Geschwister überhaupt den Summen der gesunden Geschwister überhaupt gegenübergestellt werden, sondern daß die Summe der Geschwister aller in einem bestimmten Zählbezirk (z. B. Klinik) vollzählig gezählten Kranken oder Probanden (z. B. Dementia praecox-Aufnahmen) herausgehoben und innerhalb der so gewonnenen Geschwistersumme die Summe der kranken Geschwister zur Summe der gesunden Geschwister in Beziehung gesetzt wird“ (*Weinberg* im Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie 1913, Heft 4 u. 5). *Rüdin* selbst ist nach *Weinberg*s Grundsätzen statistisch vorgegangen.

Im vorliegenden Werke beschäftigt er sich mit der Dementia praecox unter Ankündigung weiteren Materials für andere Krankheiten. Was Krankheitsbegriff und Symptomenkomplex anlangt, hält er sich an *Kraepelin*, mit Ausschluß der Paraphrenien.

Rüdin beginnt mit der Proportionenfrage bei den Nachkommen Dementia praecox-freier Eltern. Bei 701 Geschwisterserien erhält er einen Dementia praecox-Prozentsatz von 4,48, also bei $^1/_{16}$—$^1/_{32}$ aller Geschwister. Die Dementia praecox ist demnach nicht ein einfach-mendelndes Merkmal, sie kann aber möglicherweise einem dihybriden Kreuzungsmodus folgen. Leidet 1 Elter an Dementia praecox, so stieg der Prozentsatz bei den Kindern auf 6,18. Dies spricht zugunsten der Annahme eines rezessiven Verhaltens der Krankheit im Erbgange. Dementia praecox ist auch häufiger, wenn die Eltern trunksüchtig sind oder sonstwie geisteskrank, noch mehr, wenn 1 Elter trunksüchtig und der andere geisteskrank ist, noch häufiger, wenn beide geisteskrank. Auch bei geistig gesunden und nicht trunksüchtigen Eltern erkranken mehr Kinder als im Durchschnitt an Dem. praecox, wenn entferntere Verwandte daran leiden. Aus dem Umstande, daß der Prozentsatz bei Stiefgeschwistern nur 0,56 beträgt, schließt *R.*, daß zum Zustandekommen der Psychosen überhaupt das Zusammenwirken beidseitiger krankhafter Erbanlagen erforderlich ist, wiederum im Sinne eines rezessiven Erbganges. Was den Einfluß der Stellung in der Geburtenreihe auf die Erkrankung an D. pr. anbetrifft, so spricht *R.*s Material eher für eine ungünstige Sachlage für die Letztgeborenen. Für die Annahme der Rezessivität der D. pr. bringt dann *R.* mehrere Momente bei, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann. Eine besondere Vorliebe für eines der beiden Geschlechter scheint die D. pr. nicht zu haben. Auch aus *R.*s Material ergibt sich, daß die älteren Geschwister durchschnittlich später als die jüngeren erkranken. — Die Frage einer polymorphen oder generellen Vererbung einer allgemeinen Disposition zu geistiger Störung kann zurzeit nur mit dem Mittel der *Weinberg*schen Probandenmethode in einigermaßen befriedigender Weise gelöst werden. Angesichts der relativ großen Häufigkeit andersartiger psychischer Zustände in D. pr.-Familien ist die Behauptung einer polymorphen Vererbung nicht gerade unwahrscheinlich. Soweit *R.* bisher urteilen kann, erscheint ihm die Annahme die wahrscheinlichste zu sein, daß die Geistesstörung des Elters und die Dementia praecox sowie die andern Psychosen der zugehörigen Kinder Produkte komplizierter spaltender Vererbungsvorgänge sind. Jedenfalls geht aus *R.*s Untersuchungen hervor, daß die irgendwie psychotischen Eltern der Dementia praecox-Kranken sich mehr



als gesunde Eltern und gesunde Stämme durch Bildung von Keimen auszeichnen, aus denen zwar allein sich Dementia praecox nicht entwickeln kann, die aber durch die ebenfalls eigenartige Beschaffenheit der Keime des Partners bei der Befruchtung irgendein Supplement zugeführt bekommen, d. h. durch irgendein noch fehlendes Anlagesubstrat ergänzt werden, wodurch erst jenes Anlageganze geschaffen wird, aus dem sich dann eine Dementia praecox bilden kann. Bei *R.*s Material fand sich, daß nur etwa in einem Drittel der Fälle auch die Eltern an Dementia praecox gelitten hatten; in einem weiteren Drittel litten die Eltern an sog. funktioneller Psychose; das letzte Drittel ergab organische Psychosen bzw. Alkoholpsychosen. Auffallend selten scheinen Dementia praecox-Kranke Kinder mit manisch-depressivem Irresein hervorzubringen, *R.* selbst hat keinen sicheren Fall dafür gefunden.

Van der Scheer (175) konnte konstatieren, daß eine große Anzahl Schizophrener starke Menstruationsstörungen haben.

Severin (188) konnte die Resultate von *Schmidt* und *Neubürger* nicht bestätigen, obwohl er deren Versuchsanordnung befolgte. Es macht keinen Unterschied, ob die Injektion subkutan oder intramuskulär geschah. *S.* experimentierte an 99 Fällen. Blutdruck und Puls ließen keine Schlüsse ziehen, die irgendwie zur Systematologie der Dementia praecox beitragen könnten. Zu demselben Schluß kam übrigens auch *Bitler* (13) in seiner Inaugural-Dissertation: Über die Wirkung des Adrenalins auf das Gefäßsystem Geisteskranker mit besonderer Berücksichtigung der Dementia praecox, Bonn 1915.

Stertz' Referat (201) über Krankendemonstration enthält auch einen Fall von hysterischer Pseudodemenz nach Typhus und einen Fall von Hebephrenie oder posttyphösem Stuporzustand bei Psychopathen.

Stöcker (205) geht davon aus, daß alle Versuche, aus den jeweiligen Krankheitsbildern psychische Einzelsymptome herauszufinden, die für eine ganz besondere Krankheitsform charakteristisch sind, bisher gescheitert wären. Der Gesamtverlauf entscheidet, wie z. B. der sich allmählich entwickelnde hebephrene Schwachsinn. Und doch vermag der geübte Psychiater oft im Einzelfall durch einen gewissen gefühlsmäßigen Eindruck sich sofort zu entscheiden. Dabei handelt es sich aber um subjektive Momente, die man nicht beschreiben kann.

St. vergleicht hier den katatonen und depressiven Stupor einerseits und die katatonische Erregung oder Manie andererseits, insofern sich beide Zustandsbilder sehr ähnlich sehen. — Zunächst weist er noch darauf hin, daß für die Gestaltung der Zustandsbilder die persönliche Veranlagung des Einzelindividuums, familiäre Veranlagung, auch die Eigenart der Rasse unter Umständen eine gewisse Rolle spielen, was bisher viel zu wenig gewürdigt wurde.

Aus der Tatsache, daß beim katatonischen Stupor es sich um dieselbe Hemmung derselben geistigen Funktionen handelt wie beim depressiven Stupor, und bei der katatonischen Erregung um dieselbe Erregung derselben geistigen Funktionen wie bei der Manie — und daß Mischungen zwischen Erregung und Stupor auf beiden Seiten vorkommen, hat *St.* die Frage abgeleitet: Handelt es sich hier nicht um gleiche Prozesse, und ist nicht vielleicht der Unterschied auf irgendwelche andere Faktoren zurückzuführen? — Analog anderweitigen Beobachtungen im



Gebiete der Hirnpathologie fragt *St.*, ob nicht beide Stupor- und Erregungsformen identisch seien als der Ausdruck einer bestimmten krankhaften Lokalisation — und ob nicht ihre einzelnen Symptome Abänderungen durch die psychische Eigenart der Persönlichkeit, die die Krankheiten betreffen, erfahren.

St. behauptet, daß wir in den Endzuständen und dem hebephrenen Schwachsinn ähnlich wie bei dem manisch-depressiven Irresein eine gewisse typische, in diesen Fällen fortschreitende Persönlichkeitsveränderung zu sehen haben, ähnlich wie in der manisch-depressiven Anlage, und daß wir in den akuten Psychosen weiter nichts zu sehen haben als auf dem Boden dieser krankhaften Persönlichkeit auftauchende Erregungs- und Hemmungszustände, die im übrigen die gleichen sind wie beim manisch-depressiven Irresein, und sich von den dort beobachteten Zuständen nur durch Modifikationen unterscheiden, die in der Eigenart der psychisch kranken Persönlichkeit ihre Wurzeln haben. Als Vergleichsschilderungen benutzt *St.* dann die Beschreibungen aus *Kraepelins* „Psychiatrie".

Nach *St.* besteht ein Hauptunterschied zwischen beiden Erregungszuständen darin, daß der an und für sich gleiche Bewegungsdrang der Katatoniker durch die Grundstörung der intrapsychischen Ataxie in gewisser Weise modifiziert wird. Ein weiterer Unterschied wird bedingt durch die der katatonischen Erregung eigene Neigung zur Bildung von Stereotypien. Dadurch bekommt das Handeln der katatonisch Erregten in Verbindung mit der Neigung, ihren Bewegungsdrang auf beschränktem Gebiet ohne Rücksicht auf die Umgebung zu entladen, den Anstrich großer Einförmigkeit. Das Gegenteil sieht man bei dem Maniakus.

Weiterhin führt dann *St.* an Schilderungen von *Kraepelin* für den depressiven und den katatonischen Stupor den Beweis, daß die Grundkomponenten beider Stuporarten die gleichen sind, und daß die klinischen Bilder sich nur unterscheiden durch die Modifizierung, die durch die besondere psychische Eigenart der erkrankten Grundpersönlichkeit bedingt wird. Bei depressivem Stupor handelt es sich lediglich um Hemmung auf allen psychischen Gebieten bei einer im übrigen unserer eigenen Psyche konformen Grundpersönlichkeit, während es sich beim katatonischen Stupor um eine Hemmung auf allen psychischen Gebieten bei einer eben schizophren verblödeten, unserem Denken und Fühlen unverständlichen Persönlichkeit handelt. Weiterhin legt St. dann noch dar, daß die Grundtypen der am häufigsten vorkommenden Mischformen fast in photographischer Treue bei beiden Krankheitszuständen, Katatonie und manisch-depressivem Irresein, übereinstimmen.

Nach *St.*s Auffassung handelt es sich bei Manie und katatonischer Erregung einerseits, katatonem und depressivem Stupor andrerseits um genau dieselben Zustandsbilder; nur die erkrankte Persönlichkeit ist verschieden und übt einen dementsprechenden Einfluß auf die Gestaltung der an und für sich identischen Bilder aus, ein Einfluß, durch den das Gepräge so verändert werden kann, daß der Eindruck der Wesensgleichheit dem Beobachter verloren geht.

Das vom manisch-depressiven Irresein und der Dementia praecox Gesagte gilt übrigens auch für die andern Formen des Irreseins, für Paralyse, Arteriosklerose, seniles Irresein, Epilepsie und Hysterie. Die akuten, auch die chronischen eigentlichen psychotischen Zustandsbilder sind die gleichen bei allen Psychosen, nur die



Färbung, welche die jeweilige Grundpersönlichkeit gibt, ist verschieden und bedingt die oft so sinnfälligen Verschiedenheiten der sonst gleichen Zustandsbilder. So unterscheidet sich nach *St.*s Auffassung eine paralytische Erregung nur dadurch von einer manischen Erregung, daß sie eben deutlich den Stempel des paralytischen Schwachsinns in ihren unsinnigen kritiklosen Größenideen usw. erkennen läßt. — *St.* stellt eine weitere Arbeit in Aussicht.

Stuurmann (211) berichtet über 18 Fälle paranoider Psychosen, welche er in der Irrenanstalt „Meerenberg" unter seinen 288 Patienten beobachtete. Fälle von Dementia paranoides sowie paranoide Formen von Dementia senilis, Dementia paralytica usw. hat er außer Betrachtung gelassen. Die mitgeteilten Fälle betrafen 4× Paraphrenia phantastica (*Kraepelin*, 8. Auflage.), 1× Paraphrenia systematica, 1× Paranoia simplex, 3× Paranoia incompleta, 1× Paranoia eines Schwerhörenden, 5× Alkoholparanoia, 3× Mischform mit manisch-depressiver Psychose.

Obwohl die von *Kraepelin* aufgestellten Krankheitsbilder der Paraphrenien anerkennend, kommt Verf. zum Schluß, daß der Unterschied zwischen der Paraphrenia phantastica und der Paraphrenia systematica größer ist als der zwischen der Dementia paranoides und der Paraphrenia phantastica einerseits und der Paraphrenia systematica und der Paranoia simplex anderseits.

Bei der Paraphrenia systematica entwickelt sich der Wahn ganz schleichend aus den Erlebnissen mittels perzeptiver und retrospektiver Beziehungsgedanken; Wahn und Wirklichkeit bleiben lange fest verknüpft; der Wahn ist sehr affektvoll und hat großen Einfluß auf das Handeln des Patienten. Bei der Paraphrenia phantastica dagegen traten die Wahnideen schneller auf, sogleich in phantastischer Form ohne Verband mit der Wirklichkeit. Nicht echte Beziehungsgedanken, sondern konfabulatorische Wahrnehmungsfälschungen wurden nebst fabulatorischen Erinnerungsfälschungen, Einfällen und Halluzinationen hierbei beobachtet. Auch in bezug auf ihren Wahn waren die Patienten sehr apathisch. Unter dem Namen „Paranoia incompleta reactiva" oder „akzidentelle Paranoia" beschreibt der Verf. 3 Fälle, bei welchen Enttäuschung bringende Erlebnisse auf dem Boden einer paranoiden Konstitution überwertige Ideen, Beziehungsgedanken und Verfolgungswahn hatten entstehen lassen, welche Symptome nach der Internierung allmählich zurückgingen. Verf. betrachtet diese Fälle als verwandt mit der Paranoia simplex, bei welcher die exogenen, akzidentellen Faktoren kleiner, der endogene Faktor, die paranoide Anlage größer ist.

Auch bei der Paranoia des Schwerhörenden, bei der Alkoholparanoia und bei den paranoiden Formen der manisch-depressiven Psychose weist der Verf. hin auf die exogenen Momente in der Ätiologie (Taubheit mit Ohrensausen, Vergiftungen, körperliche Krankheiten, psychische Traumata, Involutionsalter) gegenüber dem endogenen Faktor. Die Halluzinationen hierbei wie auch die im Angstaffekte der Paranoia systematica seien als Reizsymptome zu betrachten; sie entstehen wahrscheinlich illusionär und sind deshalb gleichwertig den Beziehungsgedanken.

Die Halluzinationen bei der Paraphrenia phantastica betrachtet Verf. dagegen gleich wie die Einfälle und konfabulatorischen Wahrnehmungs- und Erinnerungsfälschungen als Fortfall- oder Sejunktionssymptome. Selbstbericht.



R. Zimmermann (248) hat 9 Fälle von Dementia praecox untersucht und fand in der Hirnrinde akute und chronische Veränderungen an den Nervenzellen, Gliawucherung und amöboide Gliazellen, nicht entzündete Gefäßmäntel, tektonische Störungen der Hirnrinde. *Sioli.*

Weygandt (238) macht Mitteilung von einem höchst interessanten Obergutachten. Es spricht sich in verneinendem Sinne aus.

Zimmermann (247) kommt zu dem Schluß, daß wir in der Häufigkeit der Eosinophilie, wie sie sich bei Dementia praecox und Paralyse findet, immunisatorische Schutzmaßregeln vor uns haben, während es unter dem Einfluß paralytischer und epileptischer Krämpfe zu einer eosinophilen Leukopenie kommt, die als Ausdruck einer parenteralen Injektion oder Reinjektion blutfremder, aber arteigener Eiweißabbauprodukte anzusehen ist.

Zimmermann (246) fand, daß bei Dementia praecox die Menge an titrierbarem Alkali höher als in der Norm ist, im Gegensatz zu andern Psychosegruppen, namentlich den Manisch-Depressiven. Dies Vorkommen wird für die Kenntnis mancher Geisteskrankheiten von weiterem Interesse werden können.

c) Paranoia.

Van Lier (115) gibt erst eine ausführliche Übersicht über die diesbezügliche Literatur, liefert dann 24 Krankengeschichten und schließt (nach dem Referat in der Ztschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie Bd. 14, S. 81), daß die Krankheit in und vor dem Klimakterium auftritt. Von der gewöhnlichen Paranoia weicht sie nur ab, insoweit sie Symptome des Seniums zeigt. Beeinträchtigungshalluzinationen besonders des Gehörs und Gefühls, Verfolgungs- und Größenwahn. Der Wahn kann unbegreiflich, fremd, barock werden, doch tritt keine Demenz ein. Präseniler Beziehungswahn, verschiedene Paraphreniefälle *Kraepelins*, *Kleists* Involutionsparanoia gehören hierher. Der senile Verfolgungswahn *Kraepelins* stellt einen Demenzprozeß dar, der Dementia senilis zugehörend. *Lier* hat unter den 24 Fällen nur 5 Männer. Herediät in den meisten Fällen. Kummer, Sorge, Enttäuschung zeigten einen gewissen Einfluß.

d) Sonstiges.

Enebuske (51) geht davon aus, daß in der Norm der Blutdruck in der Radialis bei vasomotorischer Ruhe bei normaler Blutdrucklage 150 mm beträgt oder nahe bei dieser geht. Bei Geisteskranken ist die Spannung dieses Pulses starken Veränderungen unterworfen. *E.* hat als Minimum 70 mm, als Maximum 320 mm gemessen.

Beim manisch-depressiven Irresein zeigt der Blutdruck starke Veränderungen zwischen höheren und niederen Werten um eine Mittellage, die stets höher als 150 mm ist. Diese vasomotorische Unruhe hört auf, wenn der Geisteszustand sich bessert. Die vasomotorische Unruhe in Hypertensionslage beginnt von neuem, wenn die manische Erregung wieder einsetzt. Die Blutdruckstörung ist ein Initialsymptom bei Ausbruch der Manie bzw. Melancholie.



Manisch verlaufende Fälle bei jüngeren Personen nehmen höhere Blutdrucklagen ein als depressiv verlaufende Fälle bei Personen gleichen Alters, aber auch die letzteren nehmen Hypertensionslagen ein, d. h. höher als 150 mm. Bei Männern war die Drucklage bei gleichartigem Symptomverlauf höher als bei Frauen. Bei Personen mittleren Alters ist die Drucklage in depressiv verlaufenden Fällen höher als bei jüngeren Leuten. Auch bei jüngeren Personen verläuft Manie mit hoher Blutdrucklage und kann selbst 320 mm erreichen.

Die Spannung des Radialpulses bei Dementia praecox zeigt kontinuierlich vasomotorische Unruhe in Hypertensions-, Hypotensions- oder Mittellage. Das Blutdruckbild bei Dementia praecox zeigt weit zahlreichere Varianten als im manisch-depressiven Irresein; der Blutdruck ist hochgradig labil, namentlich im akuten Stadium. Differentialdiagnostisch ist zu bemerken: „In der Krankheitsform der manisch-depressiven Gruppe trifft es nach Ablauf der psychischen Symptome, nachdem Remission eingetreten oder Gesundheit wiederhergestellt ist, ein, daß die vasomotorische Unruhe spontan gehoben wird und vasomotorische Ruhe in normaler Blutdrucklage wieder eintritt. In der Praecox-Gruppe dagegen dauert die vasomotorische Unruhe kontinuierlich fort ohne Zeitbegrenzung durch Remissionsperioden von vasomotorischer Ruhe mit Ausnahme von Praecox von periodischem Typ, der sich in vasomotorischer Hinsicht mehr der manisch-depressiven Gruppe nähert.“ Bei Wutanfällen und sonstiger Gewalttätigkeit hat *E.* Druck von 170 bis 280 mm, aber auch 90 mm und tiefer gefunden. Bei Stupor 90—70 mm und auch so tief, daß er nicht zu messen war, auch für längere Zeit. Die weiteren Resultate müssen im Original nachgelesen werden.

E. führt die vasomotorische Unruhe zurück einmal auf somatische Momente. Im Blute sind blutfremde Stoffe vorhanden, die wie vasomotorische Irritamente wirken. Dann aber auch auf psychogene Momente, Wahnideen, wechselnde Lebhaftigkeit von Gesichts- und Gehörshalluzinationen, Zwangsvorstellungen, Affektschwankungen usw. — In besonderen Fällen wirken Herzkrankheiten, Adipositas, Tumoren, Arteriosklerose usw. mit.

Gerver (63) unterscheidet — nach dem Referat von *Boas* in dem Neurologischen Zentralblatt — drei Gruppen von Kriegspsychosen: 1. Psychosen bei nicht erblich Belasteten, ausschließlich auf den verschiedenen Kriegsstrapazen beruhend, die eigentliche Kriegspsychose. 2. Die mit den Friedenspsychosen identische Erkrankung, deren Ausbruch jedoch der Krieg begünstigt hat: Dementia praecox, manisch-depressives Irresein, Paranoia, Dementia paralytica usw. 3. Traumatische Psychose infolge von Verletzungen und Kontusion.

Die Psychosen der ersten Gruppe sind mit denen der früheren Kri ge identisch (Psychosen des Schlachtfeldes, des Schützengrabens, des Hinterlandes). Sie gehören zu den akuten Geisteskrankheiten und zu den asthenischen Psychosen. Häufig verlaufen sie unter dem Bilde der Neurasthenie.

Der spezifische Charakter der Kriegspsychose besteht in der Art der Halluzinationen, Illusionen, Delirien und des Allgemeinverhaltens des Kranken. Der Inhalt der ersten beiden ist den Kriegsereignissen entnommen. Ein anderes Charakteristikum ist die Depression, an die sich oft Erregungs- und Verwirrtheitszustände an-



schließen. Die Art des Kampfes (Artillerie, Infanterie, Bajonettangriff), die Dauer der Schlacht, der Verlauf der Ereignisse (Offensive, Defensive, Niederlage, Sieg) und die allgemeine Moral der Truppen sind für die größere und geringere Zahl der Psychosen bestimmend.

Der Prozentsatz der Psychosen ist nach *Gerver* in diesem Kriege in der russischen Armee sehr gering, ungefähr 1% gegen 2—3% in früheren Kriegen. *G.* schiebt das auf die Abstinenz. Im russisch-japanischen Kriege beruhte ein Drittel der Psychosen auf Alkoholismus; alkoholische Psychosen hat *G.* jetzt überhaupt nicht gesehen.

Herschmann (79) sah vor allem halluzinatorische Verwirrtheitszustände mit Sinnestäuschungen, Verkennen der Umgebung, meist Depression. Weiterhin sah er auch oft katatone Zustände, bald mit ängstlich-depressiver Stimmung, bald mehr expansiv. Fast immer besteht Amnesie.

Kleist (104) beschreibt 10 Fälle von postoperativen Psychosen nach Gastroenterostomien, Rektumkarzinomen, Laparotomie, Prostatektomie und gynäkologischen Operationen. Die Psychosen sind nicht allein durch die Operationen bedingt, es sind postoperative Erschöpfungspsychosen, sie sind im wesentlichen als Toxikosen aufzufassen. Die Psychosen treten selten unmittelbar nach der Operation auf, meist nach 2—15 Tagen. Chronischer Verlauf und Ausgang in geistige Schwäche sind selten. 4 von den 10 Fällen starben. Die Zustandsbilder waren: Benommenheit, delirierende Zustände, ängstlich-ratlose Erregungen mit Stupor in 2 Fällen. Einmal hyperkinetische Erregung, einmal ein paranoider Zustand. Allen Fällen gemeinsam: Störung der örtlich-zeitlichen Orientierung, herabgesetzte Denk- und Merkfähigkeit, Schwäche der Erinnerung für die Jüngstvergangenheit, Amnesien. — Es handelt sich um heteronome Symptomenkomplexe im Gegensatz zu den homonomen Zustandsbildern der Manie, Melancholie, Paranoia, reizbaren Verstimmung. Heteronome Zustände werden nicht ausschließlich durch eine bestimmte Gruppe von Krankheitsursachen, homonome nicht ausschließlich durch eine andere Gruppe von Ursachen hervorgerufen. Ob man endogene und exogene Ursachen, ob man Einwirkungen und Anlagen unterscheidet, nie kommt man auf eindeutige und ausschließliche Beziehungen zwischen den beiden Gruppen von Zustandsbildern und zwei Gruppen von Krankheitsursachen. Es ist daher nicht zweckmäßig, den Kreis von Symptomenkomplexen, dem die Bilder der postoperativen Psychosen und die Mehrzahl der symptomatischen Psychosen angehören, als exogene Reaktionstypen zu bezeichnen und ihm die homonomen Zustände als endogene Formen gegenüberzustellen.

Kafka (94) hat die neueren Veröffentlichungen über das *Abderhalden*sche Verfahren und Liquorforschungen zusammengestellt.

Lewy-Suhl berichtet (114) über die Aufnahme von psychisch und Nervenkranken in einem gewissen Lazarett, vorwiegend frische Erkrankungen. In vielen Fällen spielte dabei der Alkohol eine Hauptrolle, auch bei vielen Erregungszuständen und Verwirrtheitszuständen. Alle Arten von Psychosen wurden beobachtet. *L.* warnt davor, alles für Hysterie zu erklären. Auch ein bisher ganz gesundes Nervensystem kann durch Schreck und nervöse Erschöpfung bei der heutigen Kriegführung



plötzlich versagen, ohne daß man dabei Begehrungsvorstellungen zur Erklärung herbeizuziehen braucht. Zeigen doch auch Tiere unter Umständen Schockerscheinungen.

Mit *Pappenheim* und *Groß* (149) beginnt eine Serie von zwanglosen Abhandlungen aus dem Grenzgebiete der Pädagogik und Medizin, herausgegeben von *S. Heller* in Wien und *G. Leubuscher* in Meiningen. Das Werkchen ist besonders für Schulärzte und Pädagogen berechnet und beschränkt sich im ganzen auf Fragen, welche mit Kindheit und Pubertät zusammenhängen. Nach einer kurzen Besprechung des Pubertätsalters im allgemeinen werden die leichten Formen des Schwachsinns, die psychopathischen Zustände, das manisch-depressive Irresein, Epilepsie und Dementia praecox besprochen. Den Schluß machen exogene Neurosen und Psychosen, wie Chorea, Basedow, Kretinismus, Tetanie, Syphilis, juvenile Paralyse. Auch das Delirium tremens ist nicht vergessen.

Pötzl und *Heß* (156) berichten ausführlich über ein Zusammentreffen von zyklischer Albuminurie, Hypertension und Polyzythämie mit den akuten Phasen einer menstruellen Katatonie. Sie wollen anregen, Fälle mit relativ raschem und häufigem Phasenwechsel Paralleluntersuchungen in bezug auf Blutbefund, Serum, Stoffwechsel und Gesamtverlauf zu unterziehen. Katatonien mit prämenstruell rekurrierenden Attacken eignen sich dazu, um so mehr, als sie einen Ausgangspunkt für eine exakte Prüfung der *Kraepelin*schen Hypothese zu bieten scheinen. Es handelt sich in vorliegendem Falle um ein infantiles junges Mädchen mit einer prämenstruellen, in akuten Attacken rekurrierenden Katatonie und deutlich abgesetzten Intervallen, die einen zirkulären Verlauf zeigen. Die Albuminurie kehrt ebenfalls zyklisch wieder. Weiterhin kommt es zu episodischer Blutdrucksteigerung. Es kam schließlich zu Herzhypertrophie, Retinitis albuminurica. Auch kam es zu episodischem Ödem. Erhöhung der Blutkörperchenzahl und des Hämoglobinwertes, der erhöhten Erythrozytenzahl ging eine Erhöhung der Erythrozytenresistenz gegen leicht hypisotonische Kochsalzlösungen parallel. Verf. halten die Annahme einer gleichen Grundursache für angebracht, einen relativen Sauerstoffmangel im Körpergewebe. Lokale Zustände im Körpergewebe und Anomalien lokaler Blutverteilung spielen dabei eine besondere Rolle. Das Maximum der Polyzythämie fiel auf den zweiten Tag der menstruellen Blutung. Vor den akuten Phasen fand eine Stickstoffretention statt, während der akuten Phasen wurden höhere Stickstoffwerte ausgeschieden. Die weiteren interessanten Ausführungen und Schlüsse der Verf. müssen im Original nachgelesen werden.

Prengowski (158) kommt hier, unter ausführlicher Angabe der diesbezüglichen Literatur, auf seine früheren Behauptungen zurück, daß die meisten Fälle von vasomotorischer Ataxie, vasomotorischer Neurose dieselben Kranken sind, welche wegen ihrer Erscheinungen seitens der Psyche von einigen als periodische Neurastheniker, von anderen als Manisch-Depressive leichteren Grades, als periodische Depressionszustände, Zyklothyme oder einfach schwere Neurastheniker bezeichnet werden. Bei diesen Kranken sind die vasomotorischen Störungen primär und beruhen vor allem auf der Verminderung der Erweiterungsfähigkeit der Hautgefäße und in der Neigung derselben zu Spasmus. Durch nicht genügende Ausscheidung



vieler Stoffwechselprodukte durch die Haut kommt eine Intoxikation zustande. Die sogenannte periodische Neurasthenie läßt sich von der einfachen Neurasthenie nicht scharf abgrenzen, steht aber auch in pathogenetischer Beziehung zu der Dementia praecox. *P.* hat durch weitere Beobachtungen seine Ansicht bestätigt gefunden, auch durch Versuche, indem er künstlich einen Spasmus in den Hautgefäßen hervorrief und dadurch das Geistesleben beeinflußte. Er spricht deshalb von einer spastischen Angioneurose. — Er gibt hier die Krankengeschichten von Vater, Mutter und Kind, daß also die spastische, vasomotorische Neurose hereditär ist. *P.* spricht sich dafür aus, daß in diesem Fall ein von vornherein veränderter Keim gebildet wurde. Der Gefäßapparat spielt bei der Vererbung eine große Rolle.

Nach *Schmidt* (178) gehört die Mehrzahl aller im Felde auftretenden psychischen Erkrankungen trotz gewisser Ähnlichkeiten im klinischen Bilde nicht zur Schizophrenie. Eine eingehende psychiatrische Beobachtung wird in längerer oder kürzerer Zeit immer den nicht-schizophrenen Charakter derartiger Krankheitsbilder aufdecken. — Bei den relativ wenigen „echten" Schizophrenien, die bei einer derartigen kritischen Ausmusterung übrigbleiben, ist der kausale Zusammenhang zwischen Schizophrenie und Krieg hinsichtlich der Dienstbeschädigung nach dem heutigen Stande unseres Wissens abzulehnen, gleichgültig, ob bereits vor dem Kriege Störungen psychischer Art bestanden, oder ob das Auftreten der Erkrankung zeitlich in den Krieg fällt. — Eine Ausnahme machen nur diejenigen Fälle, bei denen eine schwere Schädelverletzung unter Mitbeteiligung der Hirnmasse der Erkrankung zeitlich vorausging.

Schroeder (184) beschäftigt sich an der Hand von 7 Krankengeschichten mit den bei Paralyse beobachteten katatonischen Zuständen, die recht schwer und langdauernd sein können. Dabei handelt es sich wohl kaum um eine Kombination von Dementia praecox mit Paralyse. Ob die katatonen Zustände bei beiden Erkrankungen identisch — wesensgleich sind, bleibt bisher unentschieden, ebenso ob man sich die Symptome mehr psychologisch (*Stransky*, *Kraepelin*) oder mehr anatomisch durch Veränderungen im Großhirn erklären soll.

Suckaus sechzehn Krankengeschichten (212) — Hysterie, Katatonie, Dementia paranoides, Alkoholismus, Depressionen — beweisen auch, daß es eine eigentliche Kriegspsychose nicht gibt. Der Krieg scheint im übrigen auch eine sichtbare Zunahme der Psychosen nicht verursacht zu haben.

Tausk (215), ein Schüler *Freuds*, erklärt die meisten Psychosen als Folge gestörter Libido.

Theunissen (218) berichtet zunächst über die Ansichten von *Rüdin*, *Kraepelin*, *Aschaffenburg*, *Wilmanns*, *Heinicke*, *Skliar* über die Gefängnispsychosen. Seiner Meinung nach spielt der Affekt die Hauptrolle bei solchen Gefängnispsychosen, welche zu den durch psychogene Ursachen bedingten Psychosen zu zählen sind. Beweis dafür ist ein ausführlich hier mitgeteilter, hierher gehöriger Fall.

Uhlmann (225) will die durch Schockwirkung ausgelösten Fälle von Dementia praecox durch innersekretorische Störungen erklären.

Weichbrodt (233) gibt eine kurze Zusammenstellung der in den letzten 20 Jahren in der Frankfurter Klinik beobachteten Fälle von Geistesstörung nach Erysipel.



Es handelt sich im ganzen um 23 Fälle, darunter 11mal Delirium tremens, von denen 4 letal verliefen; von den übrigen 12 Fällen nur einer.

Wernecke (237) hat Nirvanol sowohl bei leichter Schlaflosigkeit (Melancholie, Manie, seniler Demenz, Stupor, Dementia praecox usw.), als auch in größeren Dosen bei schweren Erregungszuständen, auch bei großer halluzinatorischer Unruhe, mit bestem Erfolg angewandt. Üble Folgen wurden nicht beobachtet. Das Mittel stammt aus den Höchster Farbwerken.

---

2. Organische Psychosen.

Ref.: Hans Brennecke-Hamburg.

1. *Aschaffenburg* (Cöln), Lokalisierte und allgemeine Ausfallerscheinungen nach Hirnverletzungen und ihre Bedeutung für die soziale Brauchbarkeit der Geschädigten. Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Gebiete der Nerven- u. Geisteskrkh. XI. Bd., H. 6. (S. 35*.)
2. *Bischoff* (Hamburg), Über eine Methode der objektiven Darstellung der Lokalisation von multiplen Herden im Gehirn. D. Ztschr. f. Nervenheilkd. 55. Bd. (S. 35*.)
3. *Bischoff* (Hamburg), Über einen Fall multipler Gehirngeschwülste mit Störungen des Vorstellungs- u. Gedankenablaufes. D. Ztschr. f. Nervenheilkd. 54. Bd. (S. 36*.)
4. *Bittorf* (Leipzig), Über Leptomeningitis haemorrhagica acuta. D. Ztschr. f. Nervenheilkd. 54. Bd. (S. 36*.)
5. *Bittorf* (Leipzig), Zur Kenntnis der traumatischen Meningitis, besonders der Meningitis serosa traumatica. Münch. med. Wschr. 1916, Nr. 12. (S. 36*.)
6. *Bornemann* (Inaug.-Diss. Kiel), Ein Fall von zerebraler Schwangerschaftslähmung (Hemiparesis dextra mit Aphasie nach Abort). (S. 37*.)
7. *Boumann* (Amsterdam), Luetische Psychosen. Psych.-neurol. Wschr., XVIII. Jahrg., Nr. 37/38, 39/40. (S. 37*.)
8. v. *Bremen* (Inaug.-Diss. Kiel), Über Lumbalpunktionen bei der progressiven Paralyse, mit besonderer Berücksichtigung der Salvarsantherapie. (S. 37*.)
9. *Brouwer* (Amsterdam), Klinisch-anatomische Untersuchungen über



partielle Anenzephalie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. XXXII, H. 2/3. (S. 38*.)

10. *Brouwer* (Amsterdam), Über Lokalisation innerhalb des Corpus striatum. D. Ztschr. f. Nervenheilkd. Bd. 55.
11. *Byrnes* (Pennsylvania), A clinical and pathological study of a condition occurring in the aged usually attributed to cerebral arteriosclerosis. Journ. of Nervous and Mental Disease Vol. 43, nr. 6, 1916.
12. *Cadwallader* (Philadelphia), Remarks on examinations of a series of brains.
13. *Cadwallader* (Philadelphia), On the symptomatology and diagnosis of intracranial tumors of the middle and posterior cranial cavities, growning from the region of the Gasserian ganglion and the cerebellopontine angle. The Journal of Nervous and Mental Disease vol. 44, nr. 1.
14. *Darling* and *Newcomb* (Kansas), The correlation of clinical and serological findings in paresis and cerebrospinal syphilis. American Journ. of insanity vol. LXXII, nr. 3. Dr. *Kafka*.
15. *Depenthal* (Köln), Über einen Fall von zentral bedingter, umschriebener Sensibilitätsstörung der linken Hand nach Kopfschuß. Münch. med. Wschr. 1916, Nr. 34. (S. 38*.)
16. *Ellinghaus* (Inaug.-Diss. Kiel), Ein Beitrag zur Lehre der Poliomyelitis auf luetischer Grundlage. (S. 38*.)
17. *Enge* (Lübeck-Strecknitz), Die Salvarsanbehandlung der progressiven Paralyse. Überblick über die Arbeiten der Jahre 1910—1914. Therap. Monatsh. XXX. Jahrg., Juniheft. (S. 38*.)
18. *Evans* and *Thorne* (Morris Plains), The treatment of paresis. (Preliminary report.) Proceedings of the american medico-psychological association. Seventy first annual meeting 1915.
19. *Gans* (Duin en Bosch Castricum), Über Tastblindheit und über Störungen der räumlichen Wahrnehmungen der Sensibilität. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. XXXI, H. 4/5. (S. 39*.)
20. *Gensichen* (Inaug.-Diss. Kiel), Zur Symptomatologie der Kleinhirntumoren. (S. 39*.)
21. *Gerhartz* (Bonn), Lipodystrophia progressiva superior. Münch. med. Wschr. 1916, Nr. 23. (S. 39*.)

22. *Gerson* (Breslau), Zwei Fälle von myasthenischer Bulbärparalyse. (Autoreferat.) Berl. klin. Wschr. Nr. 51, S. 1364. (S. 39*.)
23. *Gölkel* (Inaug.-Diss. Kiel), Zur Diagnose der Meningitis im Kindesalter. (S. 40*.)
24. *Goldstein* (Frankfurt a. M.), Übungsschulen für Hirnverletzte. Ztschr. f. Krüppelfürsorge Bd. 9, W. 1. (S. 40*.)
25. *Goldstein* (Frankfurt a. M.), Über kortikale Sensibilitätsstörungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. XXXIII, H. 5.
26. *Goldstein* (Frankfurt a. M.), Die Behandlung der Ausfallserscheinungen bei Kopfschußverletzungen. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung XIII. Jahrg., Nr. 22/23. (S. 40*.)
27. *Goldstein* (Frankfurt a. M.), Über die sekundären Erscheinungen nach Schußverletzungen peripherer Nerven. Ztschr. f. orthopädische Chir. XXXVI. Bd., H. 2/3.
28. *Goldstein* (Frankfurt a. M), Die Ausfallserscheinungen bei Schußverletzungen des Gehirns und ihre Behandlung. Jahresber. f. Neurol. u. Psych. Bd. XIX.
29. *Goldstein* und *Reichmann*, Beiträge zur Kasuistik u. Symptomatologie der Kleinhirnerkrankungen (im besonderen zu den Störungen der Bewegungen, der Gewichts-, Raum- u. Zeitschätzung). Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 56, H. 2.
30. *Gordon* (Philadelphia), A further contribution to the study of aphasia apropos of a case of verbal amnesia and alexia. Amer. journ. of insanity vol. LXXII, nr. 4.
31. *Gordon* (Philadelphia), Spasmodic closing of cerebral arteries in relation to apoplexy. The journ. of nerv. and mental disease vol. 41, nr. 8.
32. *Härtl* (Berlin), Fehlende Erinnerung des Verletzten für einen Schädelschuß. Verkannter Mordversuch. D. med. Wschr. 1916, Nr. 44.
33. *Hauptmann*, Die atrophische Myotonie. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 55. (S. 41*.)
34. *Heilig* (Posen), Kriegsverletzungen des Gehirns in ihrer Bedeutung für unsere Kenntnis von den Hirnfunktionen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. XXXIII, H. 5.
35. *Heine* (Kiel), Über Lues und Tabes vom ophthalmologischen Standpunkt. Münch. med. Wschr. 1916, Nr. 49. (S. 41*.)



36. *Higier* (Warschau), Über seltene Typen motorischer und sensibler Lähmung bei kortikalen Hirnherden. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. XXXII, H. 4/5.

37. *Higier* (Warschau), Zum Kapitel der Schweißanomalien bei Rückenmarkserkrankungen. Neurol. Ztlbl. 1916, Nr. 9.

38. *Hnatek* (Prag), Malúm Rustii. D. med. Ztschr. 1916, Nr. 47 u. 48. (S. 42*.)

39. *Hudovernig* (Budapest), Über den Wert der neueren Behandlungsarten der progressiven Paralyse. Neurol. Ztlbl. 1916, Nr. 2. (S. 42*.)

40. *Ideler* (Inaug.-Diss. Kiel), Zur Symptomatologie der tuberkulösen Meningitis. (S. 42*.)

41. *Kastan* (Königsberg), Über die Beziehungen von Hirnrindenschädigung und Erhöhung der Krampfprädisposition. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 56, H. 3.

42. *Kleist* (Rostock-[Erlangen]), Über Leitungsaphasie u. grammatische Störungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XL, H. 2/3. (S. 42*.)

43. a) u. b) *Melchior*, *Tietze*, *Borchard*, *Stieda*, *Braun*, *Schröder*, Verletzungen des Gehirns. Neue D. Chir. Bd. 18, II. u. III. Teil. (S. 43*.)

44. *Lowrey* (Hathorne, Mass.), The Wassermann test in practical psychiatry. Amer. journ. of insan. vol. LXXII, nr. 4. (Dr. *Kafka.*)

45. *Lowrey* (Hathorne), A study of some cases diagnosed as paresis in pre-Wassermann days. Journ. of Nerv. and Mental disease vol. LXIII, nr. 4.

46. *Meyer* (Königsberg), Tumor der Vierhügel. Demonstr. im Verein f. wiss. Heilkd. Königsberg. D. med. Wschr. 1916, Nr. 36.

47. *Meyer* (Inaug.-Diss. Kiel), Zur Symptomatologie der progressiven Paralyse. (S. 43*.)

48. *Myerson* (Taunton State Hospital), Pathological findings in the sympathetic system in the psychoses. Amer. Journ. of insan. vol. LXXII, Nr. 4.

49. *Neubert* (Inaug.-Diss. Kiel), Ein Beitrag zur Lehre von den Ophthalmoplegien bei progressiver Paralyse. (S. 43*.)



50. *Payr* (Leipzig), Meningitis serosa bei und nach Schädelverletzungen (traumatica). Med. Klin. Jahrg. 1916.

51. *Pick*, Über das Verhältnis zwischen motorischer und sensorischer Sprachregion. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 56, H. 3.

52. *Pick*, Kritische Bemerkungen zur Lehre von der Farbenbenennung bei Aphasischen. Ztschr. f. d. ges. Neurologie u. Psych. Bd. XXXII, H. 4/5.

53. *Piotrowski* (Berlin), Zur Frühdiagnose der Paralysis progressiva. Berl. klin. Wschr. 1916, Nr. 13.

54. *Raecke* (Frankfurt a. M.), Die Lehre von der progressiven Paralyse im Lichte neuerer Forschungsergebnisse. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 56, H. 3. (S. 43*.)

55. *Redlich* und *Karplus* (Wien), Über das Auftreten organischer Veränderungen des Zentralnervensystems nach Granatexplosionen bzw. Mischformen derselben mit funktionellen Störungen. Mschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39, H. 5.

56. *Riese* (Inaug.-Diss. Kiel), Zur Symptomatologie der Schläfenlappentumoren. (S. 44*.)

57. *Rosenfeld*, Über Schockwirkungen bei Schußverletzungen des Rückenmarks. Bruns Beiträge z. klin. Chir. Bd. 101, H. 4. (S. 44*.)

58. *Rülf* (Bonn), Organische Erkrankungen des Zentralnervensystems und Kriegsschädigung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 5.

59. *Siebert* (Libau), Über die Tuberkulinbehandlung der Paralyse. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 40, H. 4. (S. 44*.)

60. *Sittig* (Prag), Ein weiterer Beitrag zur Lehre von der Lokalisation der sensiblen Rindenzentren. Neurol. Ztlbl. 1916, Nr. 10. (S. 44*.)

61. *Sittig* (Prag), Über einen eigenartigen, flächenhaften, lokalisierten Destruktionsprozeß der Hirnrinde bei einem Falle von Hirntuberkulose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 3/4. (S. 45*.)

62. *Sittig* (Prag), Über das Vorkommen von fleckweisen Destruktionsprozessen bei epidemischer Zerebrospinalmeningitis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 3/4. (S. 45*.)



63. *Scharpff* (Amberg), Myotonia congenita (Thomsensche Krankheit) mit Ophthalmoplegia externa. Mschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39, H. 5. (S. 45*.)

64. *Schröder* (Greifswald), Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. Verlag Ferdinand Enke, Stuttgart 1915. (S. 45*.)

65. *Schröder* (Greifswald), Katatone Zustände bei progressiver Paralyse. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 40, H. 1. (S. 45*.)

66. *Schluttig* (Inaug.-Diss. Kiel), Beitrag zur Ätiologie und Symptomatologie der Hirnabszesse. (S. 46*.)

67. *Schultze* (Bonn), Chylöser Hydrops. Demonstration i. d. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilkd., Bonn. D. med. Wschr. Nr. 27, 1916.

68. *Spiller* (Pennsylvania), The family form of pseudo-sklerosis and other conditions attributed to the lenticular nucleus. The Journal of nervous and mental disease vol. 43, nr. 1.

69. *Stern* (Düsseldorf), Über die Ausscheidung des Salvarsans nach intravenöser Injektion konzentrierter Lösungen. D. med. Wschr. 1916, Nr. 14. (S. 46*.)

70. *Stern* (Düsseldorf), Vergleichende Untersuchungen über die Thoma-Zeißsche und Fuchs-Rosenthalsche Zählkammer bei Liquoruntersuchungen. Münch. med. Wschr. 1916, Nr. 3. (Dr. *Kafka.*)

71. *Heveroch*, Über Ataxie. (S. 46*.) Derselbe, Über akute Lähmungen bei Tabikern. Ref. von *Stuchlík*. (S. 49*.)

72. *Tempelmann* u. *Voß* (Krefeld), Eine besondere Form der Bewegungsstörung nach zerebraler Kinderlähmung (Hemitonie). D. med. Wschr. 1916, Nr. 16.

73. *Triebel* (Inaug.-Diss. Kiel), Zur Lehre von der juvenilen Paralyse. (S. 49*.)

74. *Wardner* (Cedar Grove), The intracranial injection of salvarsanized serum. American Journ. of insan. vol. 72, nr. 4.

75. *Weise* (Inaug.-Diss. Kiel), Zur Symptomatologie der Tumoren des Scheitellappens. (S. 49*.)

76. *Weygandt* (Hamburg), Schädelmißbildungen. Demonstr. im Ärztl. Verein Hamburg. Hamb. Ärzte-Korr. Nr. 29, 19. Jahrg.

77. *Weygandt* (Hamburg), Die Kriegsparalyse und die Frage der Dienstbeschädigung. Münch. med. Wschr. 1916, Nr. 33. (S. 49*.)



78. *Wilde* (Königsberg), Zur Kenntnis des Hornerschen Symptomenkomplexes. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 56, H. 2.
79. *Witzel* (Düsseldorf), Die Schädelfistel und der Gehirnabszeß nach Schußverletzung. Münch. med. Wschr. 1916, Nr. 6.
80. *Wolpert* (Berlin), Klinischer Beitrag zur progressiven familiären zerebralen Diplegie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 34, H. 3 u. 4.
81. *Zimmermann* (Hamburg), Über eosinophile Leukozytose u. Leukopenie bei Geisteskranken. (Dr. *Kafka.*) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 34, H. 1 u. 2.
82. *Zumbusch* u. *Dyroff* (München), Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Münch. med. Wschr. 1916, Nr. 48. (S. 49*.)
83. *Zumbusch* (München), Todesfälle nach Salvarsaninjektionen. Münch. med. Wschr. 1916, Nr. 21. (S. 50*.)

Aschaffenburg (1) gibt in seiner Abhandlung über „lokalisierte und allgemeine Ausfallserscheinungen nach Hirnverletzungen und ihre Bedeutung für die soziale Brauchbarkeit der Geschädigten" zunächst einen allgemeinen Überblick über Häufigkeit, Art und Symptomatologie der verschiedenen Verletzungen. Im weiteren erörtert er eingehend die topographische Diagnostik, speziell der aphasischen, amnestischen und agnostischen u. a. praktischen Störungen. Hieran reiht er eine Schilderung der Folgezustände der Hirnverletzungen, u. a. der traumatischen Neurose, Epilepsie und Spätabszesse. Er trennt in eingehender Schilderung die psychogenen von den organischen Symptomen, prüft von diesem doppelten Gesichtspunkt aus die Frage der Prognose und der späteren sozialen Brauchbarkeit der Geschädigten und läßt sich am Schluß über die Aufgaben, Aussichten und verschiedenen Möglichkeiten der Behandlung der Hirnverletzungen und ihrer Folgezustände aus.

Bischoff (2) beschreibt eine Methode der objektiven Darstellung der Lokalisation von multiplen Herden im Gehirn, und zwar schlägt er vor, zunächst das Gehirn in toto gleich nach der Herausnahme aus dem Schädel von verschiedenen Seiten zu photographieren. Darauf härtet er das Cerebrum in starkem Formol und Alkohol, macht nach 6—8 Wochen Frontalschnitte an den wünschenswerten Stellen, photographiert diese einzeln und ordnet sie untereinander im Bilde an. Die erhaltenen Bilder numeriert er fortlaufend. Darauf legt Verf. die Frontalschnitte wieder aneinander und photographiert zum zweiten Male in toto. Nunmehr übergießt er die einzelnen Frontalschnitte mit einer dickflüssigen Zelloidinlösung, klebt sie aneinander, begießt nach einigen Minuten das ganze Gehirn mit einer dünneren Zelloidinlösung und legt jetzt durch dieses wieder völlig zusammenhängend erscheinende Gehirn Sagittalschnitte. Mit letzteren verfährt er genau wie mit den Frontalschnitten, indem er sie einzeln photographiert. Nach weiterer Verklebung der einzelnen Sagittalschnitte und des ganzen Gehirns mit Zelloidin folgt nunmehr eine Serie



von Horizontalschnitten, die ebenso behandelt werden wie die Frontal- und Sagittalschnitte, und endlich nach erneuter Verklebung des Ganzen die photographische Aufnahme des Cerebrums von der Seite.

Bischoff (3) beschreibt einen Fall multipler Gehirngeschwülste mit Störungen des Vorstellungs- und Gedankenablaufes und mit Halluzinationen. Auf körperlichem Gebiete wurde klinisch eine hochgradige statische Ataxie beobachtet, die sich pathologisch-anatomisch als Folge einer bei der Sektion festgestellten fast völligen Zerstörung des rechten Kleinhirns erklärte. Weiter fanden sich klinisch Störungen der Sprache und der schriftlichen Äußerungen, die Verf. jedoch als Paralogie anspricht. Als pathologisch-anatomische Ursache dieser Störung nimmt Verf. die bei der Sektion gefundenen Tumoren im rechten Stirnhirn an. Auf diese führt er auch die klinisch beobachtete Charakterveränderung, die gesteigerte Reizbarkeit, die Affektlage, die Unzufriedenheit, das Schimpfen usw. zurück.

Histologisch handelte es sich in dem beschriebenen Falle um multiple Tumoren karzinomatösen Charakters, deren Verteilung im Gehirn nach Ansicht des Verf. eindeutig für die metastatische Entstehung spreche. Karzinomatöse Veränderungen irgendwelcher anderer Körperorgane hatte die Sektion nicht ergeben, so daß Verf. im vorliegenden Falle die Möglichkeit eines primären Großhirnkarzinoms annimmt.

Bittorf (4) berichtet über Leptomeningitis haemorrhagica acuta und beschreibt den Krankheitsfall eines 24jährigen jungen Mannes, der plötzlich unter Fieber mit Hals-Kopfschmerzen und Bewußtseinsstörung erkrankte. Objektiv fanden sich anfangs leichte Nackensteifigkeit und Schlafsucht. Die meningitischen Erscheinungen verschwanden, und es erfolgte völlige Heilung. Nach kurzer Zeit traten apoplektiforme, mit Krämpfen und geringem Fieber erneute Krankheitserscheinungen auf. Objektiv jetzt Somnolenz, dann Witzelsucht, Merkfähigkeitsstörung, Desorientierung, Konfabulation, zeitweise Schlafsucht. Somatisch: Nackensteifigkeit, wechselnde, hauptsächlich rechtsseitige Paresen, doppelter Babinski, Tibialisphänomen usw., Neuritis optica. Relativ schnelles Schwinden der neurologischen Erscheinungen, hartnäckiges Bestehen der psychischen Störungen. Ergebnis der Lumbalpunktion: anfänglich erhöhter Druck, Liquor stark hämorrhagisch, beim Absetzen mit klarer, hämolytisch gefärbter Flüssigkeit; später rein hämolytisch gefärbt, schließlich klar mit etwas erhöhtem Eiweißgehalt. Anfangs im Liquor polynukleäre Leukozyten, später nur normale Lymphozytenmengen. Bakteriologisch bei der I. Punktion vereinzelte Kolonien zarter, grampositiver Diplobazillen auf Aszitesagar. Krankheitsausgang: scheinbar völlige Heilung. Wassermann 2mal negativ!

Diagnostische Annahme: diffuse Blutung entzündlicher Natur in den weichen Hirnhäuten, besonders intensiv in der Gegend des Stirnhirns und der linksseitigen Zentralwindung. Verf. nimmt als mögliche Erreger die anfänglich gefundenen, grampositiven Diplobazillen an. Lues, Alkoholismus, hämorrhagische Diathese, Trauma, Arteriosklerose kamen im beschriebenen Falle nicht in Betracht.

Bittorf (5) weist darauf hin, daß nach Schußverletzungen, Kontusionen u. a. des Schädels und der Wirbelsäule zwei ganz verschiedene Formen von Meningitis



auftreten können: 1. eine typisch-entzündliche, und zwar ziemlich häufige, langsam und schleichend verlaufende, oft erst nach scheinbar völliger Heilung der Wunden nach wochen- und monatelanger Rekonvaleszenz auftretende Form. *B.* rät, unter den klinischen Erscheinungen besonders auf die öfters verlangsamte Pulszahl und den Augenhintergrund zu achten (Papillitis) und in allen verdächtigen Fällen frühzeitig zu punktieren, und zwar in Seitenlage und strenger steter Druckkontrolle. Die weitere Behandlung sieht *B.* bei der ersten Form in chirurgischen Eingriffen (Abszesse, Hirn-Duraabszesse und Eiterungen usw.).

2. Die Meningitis serosa traumatica, mit stark vermehrter Liquormenge, stark erhöhtem Druck, bei Fehlen entzündlicher Zeichen. Bei dieser Form beobachtete *B.* in einem Falle Reizbarkeit und psychische Veränderungen, in andern Fällen, besonders nach Schußverletzungen in der Gegend oder Nähe der motorischen oder sensiblen Rinde, wiederholt motorische, vasomotorische oder sensible *Jackson*sche Anfälle, in einem 3. Falle, den er näher beschreibt, vorherrschend spinale Erscheinungen. Zur Therapie rät *B.* bei der Meningitis serosa traumatica mehrmals wiederholte Lumbalpunktionen, Ruhe, später vorsichtige Schwitzprozeduren. Als günstig erwähnt er die Verabreichung von Koffeïn.

Bornemann (6) beschreibt einen Fall von zerebraler Schwangerschaftslähmung bei einer 30jährigen Frau, die im Anschluß an einen ausgeräumten Abort mit einer rechtsseitigen Hemiparese mit Aphasie erkrankte. Verf. verlegt den Sitz der Läsion in den vorderen Teil des hinteren Schenkels der Capsula interna und nimmt als Ursache eine primäre Thrombose des I. Astes der Arteria fossae sylvii an, „mit sekundärer Erweichung event. Blutung“ „infolge Ruptur des thrombosierten Gefäßes“. Die Prognose stellt er „quoad vitam günstig, quoad functionem ungünstig“.

Boumann (7) rät zur Vorsicht in der Diagnostik der luetischen Psychosen und erinnert an die Opposition *Wernicke*s gegen die Aufstellung von Krankheitsbildern nach dem Prinzip der ätiologischen Einteilung. Verf. beschreibt dann einen von ihm beobachteten Fall von „vermutlich luetischer Psychose mit erheblichen differentialdiagnostischen Schwierigkeiten und reiht diesem noch 5 andere Krankheitsfälle an, die sich trotz anamnestisch nachgewiesener und symptomatologisch manifester Lues der einwandfreien und klaren Diagnose der „luetischen Psychose“ Hindernisse boten. *Z.* glaubt für die luetischen Psychosen als Bedingung stellen zu müssen, daß nicht allein Serum, sondern auch Liquor positive Resultate ergeben.

v. Bremen (8) berichtet an der Hand von 8 Fällen klinisch einwandfreier progressiver Paralyse über den pathologischen Befund in der Zerebrospinalflüssigkeit, und zwar über die Veränderungen des Druckes, über die *Nonne*sche Reaktion, die Magnesiumsulfatprobe, die *Nißl*sche Modifikation der *Eßbach*schen Eiweißbestimmung und über die Veränderungen der Zellbestandteile, die er nach der *Fuchs-Rosenthal*schen Zählkammer berechnet. Endlich erwähnt er auch die *Wassermann*sche Reaktion und führt zusammenfassend die Urteile verschiedener Autoren an. Im zweiten Teile stellt er die Frage über den Einfluß der intravenösen Salvarsanapplikation auf die Zusammensetzung des Liquors und den klinischen Befund und kommt zu dem Ergebnis: „Durch Salvarsan kann die Zusammensetzung des Liquors



beeinflußt werden. Die Veränderung hat aber keinen Einfluß auf den weiteren Verlauf der Paralyse. Auch kann aus der günstigen oder schlechten Beeinflussung des Liquors keine bestimmte Prognose über den Fall gestellt werden."

Brouwer (9) beschreibt einen Fall von partieller Anenzephalie bei einem neugeborenen Mädchen, das 37 Stunden post partum starb. Verf. gibt zunächst eine äußerst interessante Darstellung der gebotenen klinischen Erscheinungen an der Hand eines sehr genauen Untersuchungsbefundes. Anschließend daran beschreibt er den anatomischen Befund des gesamten Zentralnervensystems. Als Pathogenese nimmt Verf., auf der Entzündungstheorie der Anenzephalie fußend, eine Meningoenzephalitis an, vermag aber aus den Beobachtungen nichts Sicheres über die Art derselben zu schließen.

Die Lebensäußerungen prüfte Verf. an ihrem anatomischen Substrat und betont, daß diese alle als reine Reflexäußerungen betrachtet werden müßten.

Depenthal (15) beschreibt einen Fall von zentral bedingter, umschriebener Sensibilitätsstörung der linken Hand nach Kopfschuß, bei einem Manne, und zwar handelt es sich in dem beschriebenen Falle um eine vollkommene Anästhesie, Analgesie, Thermanästhesie und Verlust der Tiefensensibilität der linken Hand bis hinaufreichend in unregelmäßiger Linie zwei Querfinger breit oberhalb des linken Handgelenks. Dabei ist die Motilität der Hand nicht gestört, abgesehen von einer geringen Schwäche der Hand. Infolge der Sensibilitätsstörungen vermag aber der Pat. alle Bewegungen der linken Hand nur unter optischer Kontrolle der Augen auszuführen, während die reflektorische Tätigkeit der betr. Hand und ihre Bewegungs- und Gebrauchsfähigkeit im Dunkeln völlig aufgehoben ist. *D.* glaubt eine psychogene Sensibilitätsstörung ausschließen zu können und nimmt aus der Lokalisation der Verletzung eine Schädigung der hinteren rechten Zentralwindung an. — Da der Pat. die Hand nur bei Kontrolle durch die eigenen Augen benutzen kann, während im übrigen ihre Gebrauchsfähigkeit für ihn aufgehoben ist, rechnet *D.* die Erwerbsbeschränkung im vorliegenden Falle gleich der nach Verlust der Hand durch periphere Verstümmelungen und hält eine Rente von 40—50% für gerecht.

Ellinghaus (16) gibt zunächst einen geschichtlichen Überblick über die verschiedenen Anschauungen der pathologischen Anatomie der Poliomyelitis, geht dann auf die Beschreibung der pathologischen Anatomie und Pathologie der verschiedenen Formen der Poliomyelitis über, berührt differentialdiagnostische Fragen, entwickelt die ätiologischen Momente der Erkrankung und führt zum Beschluß die Krankengeschichte eines Falles von Poliomyelitis nach Lues an, die in der Kieler psychiatrischen und Nervenklinik an einem 24 Jahre alten Lehrer beobachtet wurde.

Enge (17) stellt die Arbeiten über die Salvarsanbehandlung der progressiven Paralyse aus den Jahren 1910—1914 zusammen und sichtet das Material kritisch und schließt sich für die Praxis den Leitsätzen *Nonnes* an: 1. bei inzipienten Fällen von Paralyse ist die Behandlung mit Salvarsan durchaus erlaubt; 2. in Fällen, in denen Quecksilber zunächst günstig gewirkt hat und in denen Quecksilber nicht mehr vertragen wird, ist Salvarsan geboten; 3. in vorgeschrittenen Fällen, in denen noch nicht behandelt war oder bei denen Quecksilber ohne Wirkung war, ist die Behand-



lung mit Salvarsan zwecklos. Betreffs der Prophylaxe der Paralyse glaubt Verf. einer möglichst frühzeitigen und gründlichen Syphilisbehandlung das Wort reden zu können.

Gans (19) führt in seiner umfangreichen Arbeit „über Tastblindheit und über Störungen der räumlichen Wahrnehmungen der Sensibilität" nach einer einleitenden Literaturübersicht verschiedene eigene Beobachtungen an. Er beschreibt zunächst einen Fall von beiderseitiger Tastblindheit infolge von Unterbrechung der Hinterstrangleitung durch Meningomyelitis luetica gummosa des oberen Halsmarks, des weiteren einen Fall von intramedullärem Tumor auf der Grenze des Halsmarks und der Medulla oblongata; einen Fall ven Syringobulbie, einen Fall von Erweichung des ventrolateralen Teiles des Thalamus opticus nach ausgedehnter Verbrennung. Ferner einen Fall von Blutung in der rechten Großhirnhälfte und einen von traumatischer Porenzephalie, einen andern von infantiler Hemiplegie infolge von Enzephalitis. Tastblindheit und Störungen der räumlichen Wahrnehmungen beobachtete Verf. außerdem bei operativem Defekt in der hinteren Zentralwindung; bei Erweichung des linken Gyrus supramarginalis, Gyrus angularis und Lobus temporalis; bei Rindenläsion durch Hirnprolaps; bei athetotischen Prozessen; und endlich bei Arteriosclerosis cerebri.

Gensichen (20) führt in seiner Arbeit zunächst die allgemeinen und Herdsymptome der Kleinhirntumoren an und streift physiologische und vergleichend-anatomische Fragen über die Bedeutung und die Funktionen des Cerebellum und führt die Krankengeschichte eines 12jährigen Mädchens an, bei dem klinisch ein Tumor des Kleinhirns festgestellt wurde. Die Sektion ergab ein kleinzelliges Sarkom am linken Kleinhirnbrückenwinkel. Der Fall wurde im Mai 1912 in der psychiatrischen und Nervenklinik Kiel beobachtet.

Gerhartz (21) beschreibt einen Fall von Lipodystrophia progressiva superior bei einem 29jährigen Maschinenarbeiter, erwähnt die Seltenheit des Vorkommens der Lipodystrophie beim männlichen Geschlecht und äußert zum Schluß, daß auch die Untersuchung dieses Kranken keine sicheren Hinweise gebe darauf, daß die progressive Lipodystrophie mit innersekretorischen oder Sympathikus- oderVagusstörungen etwas zu tun habe.

Gerson (22) (Autoreferat!). Der Verf. beschreibt zwei Fälle von myasthenischer Bulbärparalyse. Der erste Fall zeigte das typische Bild: es waren in der Hauptsache vorübergehend mehr oder weniger gelähmt die ganze Fazialismuskulatur, die Zungen- und Kehlkopfmuskeln, zeitweise auch die Muskeln des Auges, der Arme und der Beine. Bei Anstrengung trat zuerst Schwäche ein, die sich manchmal bis zur völligen Lähmung steigerte. Nach Ruhepausen Besserung.

Der zweite Fall zeigte vor mehreren Jahren zuerst das Bild der *Landry*schen Paralyse, zur Zeit der Beobachtung das Bild der myasthenischen Bulbärparalyse. Die Myasthenien waren im wesentlichen auf die Muskeln eines Auges, des Gesichtes, der Zunge und des Kehlkopfes beschränkt. Nur selten gingen sie hier auf Arme und Beine über. Bei beiden Kranken fand er bei mehrfachen Untersuchungen Diphtheriebazillen in der Nase, niemals im Rachen. Beide Kranke sind schon als chronische Diphtherie-Bazillenträger anzusehen und ihre Krankheit als chronische



Giftwirkung aufzufassen. Dabei wechseln akute Schübe schwererer Lähmungen mit Besserungen ab, so daß das Ganze als mitigierte Form einer wellenförmig verlaufenden toxischen Dauerlähmung aufgefaßt werden kann. Hier ist nun zum ersten Male festgestellt, daß die myasthenische Bulbärparalyse eine toxische Ätiologie hat, und daß weiterhin bei einer chronischen Giftwirkung nacheinander — auch bei demselben Kranken — ganz verschiedene Lähmungstypen (*Landry*sche Paralyse und myasthenische Bulbärparalyse) auftreten können, die die gleiche Ätiologie haben.

Gölkel (23) berührt einleitend das Gebiet der traumatischen Neurosen und erwähnt bei der Hysterie die Krankheitsbilder des hysterischen Meningismus und der hysterischen Meningitis. Verf. gibt dann die Krankengeschichte eines 8jährigen Kindes wieder, das im Anschluß an einen Schreck plötzlich mit zunehmender Verwirrtheit erkrankte. Im Verlaufe der klinischen Beobachtung wurden meningitische Symptome festgestellt; der Druck der Zerebrospinalflüssigkeit war stark erhöht, der Zell- und Eiweißgehalt vermehrt. Die Pat. starb nach 6 Tagen im Koma. Verf. meint, die Erkrankung des Kindes bei seiner Einlieferung in direkten Zusammenhang mit dem Trauma (Schreck bei einem Kaiserpreisschießen) bringen zu müssen, führt an der Hand von Äußerungen verschiedener Autoren einiges über die Hysterie der Kinder aus. Im vorliegenden Falle habe aber der weitere Verlauf vor allem die Reflexanomalien, der Befund des Lumbalpunktates und das Koma mit Bestimmtheit zur Annahme einer Meningitis geführt. Zum Beschluß läßt sich der Verf. aus über die Frühsymptome, die Differentialdiagnose und Ätiologie der Meningitiden und hebt den diagnostischen und therapeutischen Wert der Lumbalpunktion bei jeder Form der Meningitis, besonders aber bei der Meningitis serosa traumatica hervor.

Goldstein (24) berichtet über Übungsschulen für Hirnverletzte. Verf. verspricht sich von der Übungstherapie bei derartigen Verletzten besonders viel, da s. E. nach Heilung des Gehirndefektes eine umschriebene Narbe zurückbleibe, die die Leistungsfähigkeit des übrigen Gehirnes nicht zu beeinträchtigen brauche. Infolgedessen bestehe zum mindesten die Möglichkeit der Wiederherstellung der sozialen Brauchbarkeit des Verletzten. Als berufenen Lehrer der Hirnverletzten erkennt *G.* den spezialistisch ausgebildeten Nervenarzt, unter Mitarbeit eines Pädagogen. Eine absolut individuelle Behandlung hält *G.* für notwendig. Dem Verf. drängt die außerordentliche Wichtigkeit der Sache die Forderung auf, an jedem Orte, an dem sich eine Anzahl von Lazaretten und dementsprechend auch eine beträchtliche Zahl derartiger Kranker befinde, eine derartige Schule für Hirnverletzte einzurichten.

Goldstein (26) unterscheidet bei Ausfallserscheinungen nach Kopfschußverletzungen allgemeine Störungen von Folgezuständen lokalisierter Verletzungen. Bei beiden erkennt er teils körperliche, teils psychische Störungen an. Bei den allgemeinen Störungen erwähnt er als körperliche Symptome: Zeichen einer körperlichen und nervösen Erschöpfung, nervöse Erregbarkeit, abnorme Vasomotilität und Veränderungen des Blutdruckes und Blutbildes; als psychische Erscheinungen nennt er: erhöhte Erregbarkeit und Reizbarkeit, leichte Ermüdbarkeit, Störungen



des Gedächtnisses. Übereinstimmend mit andern nimmt Verf. die überwiegende Bedeutung der linken Hemisphäre des Rechtshänders für die höheren psychischen allgemeinen Leistungen an.

Die lokalisierten Ausfallserscheinungen teilt *G.* ein in 1. Störungen der Körpermotilität, 2. Störungen der Sensibilität, 3. Sprachstörungen mit ihren Begleiterscheinungen. Neben all diesen Symptomen räumt er auch den rein psychogenen Störungen eine gewisse Stelle ein.

Bezüglich der Behandlung legt Verf. den größten Wert auf einen möglichst frühzeitigen Beginn der Übungsbehandlung in Übungsschulen für Hirnverletzte, bei strengster Beobachtung der körperlichen Erscheinungenund Allgemeinstörungen. Er rät zur Hinzuziehung von Pädagogen. Im weiteren gibt Verf. sodann eine eingehende Schilderung der Behandlungsmethoden der einzelnen Störungen an der Hand der Beschreibung einzelner Fälle. Die Frage der Prognose streift Verf., hält aber mit einem endgültigen Urteil noch zurück.

Hauptmann (33) gibt einleitend einen historischen Bericht über die Literatur und Symptomatologie der atrophischen Myotonie und teilt dann einen Fall eigener Beobachtung bei einem 31jährigen Fabrikarbeiter mit.

Zusammenfassend stellt Verf. als Leitsätze auf:

1. Die atrophische Myotonie ist eine selbständige Erkrankung; sie entwickelt sich nicht etwa aus einer reinen Myotonie durch Hinzutreten atrophischer Prozesse.

2. Sie beginnt im allgemeinen erst in den zwanziger Jahren.

3. Sie ist charakterisiert durch folgende Hauptsymptome: Beschränkung der aktiv-myotonen Symptome auf den Faustschluß; mechanische und elektrische Myo.-R. finden sich auch in andern (nicht allen) Muskeln; dystrophische sind meist nur Gesicht, Kaumuskeln, Sternocleidomastoidei, Vorderarme (hauptsächlich Supinatus longus), Peronei, Hinterstrangerscheinungen, Hodenatrophie und sexuelle Impotenz, Glatze, Katarakt, Reizerscheinungen seitens des vegetativen Nervensystems.

4. Innersekretorische Störungen spielen eine Rolle.

Heine (35) gibt zunächst eine prozentuale Zusammenstellung der pathologischen Augenbefunde bei Hirnlues und Tabes, bespricht sodann die ophthalmologisch-differentialdiagnostischen Momente zwischen Lues und Tabes und zwischen Tabes und pseudotabischen (tertiärsyphilitischen) Prozessen. Betreffs der Affektion der optischen Leitungsbahnen sprechen nach des Verf. Erfahrung entzündliche Papillenveränderungen und deren Folgezustände für Lues und gegen Tabes. Dagegen finde sich das Bild der einfachen Atrophie in 10—15% aller Tabesfälle, aber selten bei Lues. Schädigungen des Farbensinnes und der Sehschärfe kommen bei Lues und Tabes vor. Findet sich dabei der Optikus schon blaß, so handelt es sich um Tabes; ist das nicht der Fall, um Lues. Läßt sich die Störung therapeutisch beeinflussen, so ist Lues wahrscheinlicher. Exzentrische Gesichtsfelddefekte, bei denen die Grenzen für Weiß und Farben zusammenfallen, sind bei Tabes seltener als bei Lues. Ein- oder doppelseitiges zentrales Skotom ist bei Tabes sehr selten, bei Lues häufiger. Ebenso fehlen die bei Lues sehr häufigen Hemianopsien bei Tabes.

Bezüglich der Erkrankungen und Störungen der äußeren Augenmuskeln sind nach Verf. Meinung bei syphilitischen Lähmungen basiläre, bei tabischen nukleäre Prozesse die Grundlage. Zudem sei die Entstehung der syphilitischen Lähmungen oft etwas weniger akut als die der tabischen. Charakteristisch für die syphilitischen (basilären) Lähmungen motorischer Augennerven sei auch die Kombination mit denen anderer Hirnmassen. Störungen der Pupillen fänden sich in erheblich höheren Prozentzahlen bei Tabes und Paralyse als bei Lues cerebri.

Hnatek (38) berichtet über 3 Fälle von Malum suboccipitale „Rustii". Den ersten beobachtete er bei einer 18jährigen Näherin, bei der der akute Gelenkrheumatismus bei seinen subakuten Nachschüben ein vom Malum Rustii nicht zu unterscheidendes Bild hervorgerufen hatte. Im zweiten Falle, bei einem 35jährigen Manne, handelte es sich um eine Syphilis der Wirbelsäule, die sich unter dem Bilde des Malum Rustii äußerte. Als Ursache der Erkrankung im dritten Falle des Verf., bei einer 48jährigen Frau, kam diagnostisch Gicht in Betracht. Verf. bezeichnet seine Fälle als „Pseudomalum Rustii" und rät, nach den von ihm gemachten Erfahrungen, in analogen Fällen stets auch an die seltenen Ursachen dieses Pseudomalum Rustii zu denken, an Gicht, Syphilis und Gelenkrheumatismus.

Hudovernig (39) stellt in seiner Abhandlung die verschiedenen Behandlungsarten der progressiven Paralyse, und zwar die Tuberkulinbehandlung ohne und mit Hg, die Behandlung mit nukleinsaurem Natrium ohne und mit Hg und die ausschließliche Hg-Behandlung ihrem Werte und Erfolge nach einander gegenüber und stellt als Ergebnis seiner Untersuchungen an erster Stelle die ausschließliche antiluetische Behandlung. Dieser am nächsten stehe die mit gleichzeitiger Quecksilberbehandlung kombinierte Nukleinkur. Bei jeder auf dem Prinzip der Hyperparese aufgebauten Paralysebehandlung stelle das Wichtigste und einzig Ausschlaggebende die gleichzeitige antiluetischen Behandlung dar. In der Ätiologie der progressiven Paralyse käme der Lues die größte Rolle zu.

Ideler (40) bringt als Beitrag zur Symptomatologie der tuberkulösen Meningitis die Krankengeschichte und das Sektionsprotokoll eines 17jährigen Dienstmädchens, das wegen Meningitis tuberculosa in der Kieler psychiatrischen und Nervenklinik behandelt wurde. Im Beginn der Erkrankung waren bei der Pat. epileptiforme Anfälle beobachtet. Der übrige klinische Befund war typisch; bei der Sektion wurden tuberkulöse Herde in beiden Lungen gefunden.

Kleist (42) beschreibt eingehend einen Fall von Leitungsaphasie und grammatischen Störungen, über den er bereits 1909 kurz berichtet hatte. An der Hand dieses Falles stellt Verf. folgende Zusammenfassung auf:

1. Die Leitungsaphasie ist klinisch keine reine Aphasieform, sondern eine Verbindung von „Lautfindungsstörung" mit leichter Worttaubheit.

2. Als Grundlage der L. A. ist außer einer Verletzung im Zwischengebiet zwischen sensorischem und motorischem Sprachzentrum noch eine Verletzung innerhalb der Wortklangsphäre zu erwarten.

3. Der Gyrus supramarginalis rechnet zum Zwischengebiet.

4. Die bisher vorliegenden anatomischen Befunde bei L. A. von *Pick*, *Liepmann* und *Pappenheim* stimmen zu der aus den klinischen Erscheinungen geschlossenen Deutung.

Dagegen bekämpft Verf. die von *Liepmann* und *Pappenheim* gegebene Deutung der Leitungsaphasie als einer „Spielart der sensorischen Aphasie"; er erklärt Lautfindungsstörung und Wortfindungsstörung für verschiedene krankhafte Sprachvorgänge nach Wesen und anatomischer Grundlage und hält die Lehre von den getrennten Sprachzentren aufrecht. Grammatische Störungen finden sich öfter bei L. A., gehören aber nicht notwendig zum Bilde derselben. Sie beruhen auf Verletzungen des hinteren Schläfenlappens. Für die reinen, d. h. nicht mit Denkstörungen vermengten grammatischen Störungen kommt nur die transkortikale Annahme in Betracht.

Melchior, *Tietze*, *Borchard*, *Stieda*, *Braun* und *Schröder* (43 a und b) geben in Form eines Lehrbuches eine eingehende Darstellung der Verletzungen der Gefäße und Nerven der Schädelhöhle (II. Teil) und der Folgezustände der Gehirnverletzungen (III. Teil).

Von hervorragendem Interesse für die Psychiatrie sind in dem im übrigen vorwiegend spezialistisch-chirurgischen Werke das III. Kapitel des II. Teiles über die Verletzungen der intrakraniellen Gefäße mit Blutung in die Schädelhöhle hinein. Neurologisch wie chirurgisch gleich wertvoll ist die Abhandlung Dr. *Tietzes* über die intrakraniellen Verletzungen der Gehirnmassen (II. Teil des Werkes).

Aus dem III. Teil erwähne ich als besonders von psychiatrischem Interesse das Kapitel über „Epilepsie nach Kopfverletzungen" von Dr. *W. Braun* und über „Geistesstörungen nach Kopfverletzungen" von Prof. Dr. *P. Schröder*.

Die in allen Zeilen fesselnde und eingehende Art der Darstellung bildet als Gesamtheit eine äußerst wertvolle Bereicherung der Erfahrungen auf dem Gebiete der Hirnverletzungen und ihrer Folgezustände.

Meyer (47) erörtert einleitend die Symptomatologie und allgemeine Pathologie der progressiven Paralyse an der Hand der Urteile verschiedener Autoren und führt dann die Krankengeschichten zweier typischen Fälle von progressiver Paralyse aus dem Krankenmaterial der Kieler psychiatrischen und Nervenklinik an.

Neubert (49) unterscheidet manisch-progressive, von manischen, nicht fortschreitenden Ophthalmoplegien, erwähnt kurz die Ätiologie der Augenlähmungen sowie ihre Stellung als Begleitsymptom bei den verschiedensten Erkrankungen des Zentralnervensystem, speziell ihre symptomatische Bedeutung im Beginn der progressiven Paralyse. Verf. führt dann die Krankengeschichte einer 39jährigen Arbeiterin an, bei der eine progressive Paralyse mit rechtsseitiger Ophthalmoplegie beobachtet wurde. Im Anschluß an den Fall erörtert Verf. in einer eingehenden Epikrise die Lokalisation der vorliegenden Augenlähmung und entschließt sich für die Annahme einer nukleären externen und peripheren internen Ophthalmoplegie rechts.

Raecke (54) erklärt die Latenzperiode zwischen syphilitischer Infektion und Ausbruch der Paralyse damit, daß die gleich nach der Infektion auf dem Blutwege in die Schädelhöhle eingewanderten Spirochäten zunächst im Gehirn einen ungünstigen Nährboden finden und sich erst nach einer bestimmten Zeit weiterentwickeln und ausbreiten können. Im weiteren berichtet er über die neueren Forschungsergebnisse in der Frage der progressiven Paralyse und stellt zur unerläßlichen



Aufgabe der heutigen psychiatrischen Forschung gründliche Studien über die Lebensbedingungen der Spirochäten, zum Teil unter Anwendung des Tierexperimentes.

Riese (56) führt die verschiedenen Arten von Hirntumoren an, beleuchtet die Frage der Ätiologie und macht dabei dem Zusammenhang zwischen Trauma und Tumor weitgehende Zugeständnisse. Der Therapie der Hirntumoren steht er skeptisch gegenüber. Unter den Allgemeinerscheinungen der Hirntumoren erwähnt er besonders Kopfschmerz, Stauungspapille, Störungen der Psyche, Konvulsionen, Schwindel und Erbrechen und Pulsverlangsamung. Von den Allgemeinerscheinungen geht er über auf die Herdsymptome speziell der Schläfenlappentumoren, unterscheidet zwischen rechtsseitigem und linksseitigem Sitz, berührt die Aphasie in ihren verschiedenen Formen und bringt als Beitrag zur Symptomatologie der Schläfenlappentumoren die Krankengeschichte eines 45jährigen Mannes, bei dem in der Kieler psychiatrischen und Nervenklinik die Diagnose eines linksseitigen Schläfenlappentumors gestellt und durch das Ergebnis der Sektion bestätigt wurde.

Rosenfeld (57) teilt zwei Fälle von Schußverletzungen des Rückenmarks mit, bei denen eine erhebliche Schockwirkung die klinischen Symptome zunächst stark beeinträchtigte. Im ersten Falle handelte es sich um eine völlige Durchtrennung des Halsmarks in Höhe des 7.—8. Zervikalsegmentes, im zweiten Falle (Durchschuß durch den Hals in Höhe des 7. Halswirbels) war das Rückenmark unverletzt.

Verf. meint, daß bei Verletzung des Halsmarkes die von der Verletzungsstelle ausgehende Schockwirkung eine ganz besonders starke sei. Sie können alle Teile oberhalb und unterhalb der Verletzungsstelle außer Funktion setzen, unbeschadet, ob die Beschädigung des Rückenmarks eine sehr schwere oder nur ganz geringfügige sei.

Zur Erklärung der Schockwirkung hält Verf. für geraten, doch mehr funktionelle Momente heranzuziehen, entgegen den anatomischen Vorstellungen *Kochers*, *Ficklers*, *Stölpes* u. a.

Siebert (59) ist der Ansicht, daß das künstliche Fieber bei der progressiven Paralyse gewaltige Remissionen zweifellos hervorrufen könne. Doch hat er unter 123 mit Tuberkulin behandelten Paralytikern nur in 3 Fällen eine tiefe und weitgehende Remission erzielt. Für am wirksamsten erklärt Verf. das remittierende Fieber. Zur Hervorrufung des Fiebers verwandte er ausschließlich die Tuberkulinbehandlung, beginnend mit 0,01 Alttuberkulin bis 0,5 Tuberkulin als abschließende Dosis. *S.* injizierte jeden zweiten Tag Tuberkulin; an den zwischenliegenden Tagen wurden antisyphilitische Einspritzungen verabfolgt, oder der Kranke wurde gleichzeitig mit der Tuberkulinkur einer Einreibungskur unterzogen. — Verf. will nicht von einer Heilung im klinischen bzw. anatomischen Sinne sprechen, kommt aber zu dem Schluß, daß „die Neigung zu Besserungsschüben sicher in allen durch eine Fieberkur gut beeinflußten Fällen von progressiver Paralyse schlummert; das Fieber aber gibt den Anstoß zur Remission“.

Sittig (60) beschreibt einen Fall von restierender Gefühlsherabsetzung mit anfallsweise auftretenden Parästhesien, besonders am rechten Mundwinkel und am rechten Daumenballen nach einem Kopfschuß in der linken vorderen Schläfengegend.



Sittig (61) beschreibt einen flächenhaft lokalisierten Destruktionsprozeß der Hirnrinde bei einem Fall von Hirntuberkel. Anfangs beschränkten sich die Symptome auf rechtsseitige *Jackson*-Anfälle und eine leichte Parese des rechten Fazialis und rechten Armes. Zudem bestand eine schwere, artikulatorische Sprachstörung. Später traten hinzu schwere Zustände postepileptischer Benommenheit und eine rechtsseitige homonyme Hemianopsie mit Makulaaussparung. Die Liquoruntersuchung blieb stets negativ. Bei einer vorgenommenen Operation wurde ein großer Tumor der linken vorderen Zentralwindung gefunden, der sich histologisch als Tuberkulom herausstellte. Die Sektion ergab eine ganz eigenartige Veränderung der Rinde des linken Hinterhauptlappens mit Schwund der Ganglienzellen, aber keine Metastasen des Tumors. Verf. hält den Prozeß im linken Hinterhauptlappen für tuberkulotoxisch bedingt.

Einen ganz ähnlichen fleckweisen Destruktionsprozeß beobachtete Verf. bei einem Fall von epidemischer Zerebrospinalmeningitis (62).

Scharpff (63) beschreibt einen im Res.-Laz. Amberg beobachteten Fall von Myotonia congenita (*Thomsen*sche Krankheit) mit angeborener Ophthalmoplegia externa. Verf. führt die im erwähnten Falle vorliegende Ophthalmoplegia externa mit Schwäche der mimischen Muskulatur auf eine angeborene Aphasie bzw. Hypoplasie der in Frage kommenden Muskelgebiete zurück.

Schröder (64) beschreibt in Form eines Lehrbuches die verschiedenen Formen von Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. Nach einer allgemeinen Einleitung über Vorkommen, Häufigkeit, Abgrenzung, ursächliche Verhältnisse und Krankheitsformen stellt Verf. im I. Kapitel die psychischen Störungen bei groben Verletzungen und Zerstörungen des Gehirns dar. Im II. Kapitel beschreibt er die „Kommotionspsychose", die er symptomatologisch in leichte, abortive und in schwere Formen gliedert. Nach eingehender Schilderung der Symptome läßt sich Verf. über Verlauf, Dauer, Ausgang, Prognose und Differentialdiagnose der Kommotionspsychose aus.

Im III. bis V. Kapitel behandelt *Sch.* die traumatische Demenz, die Geistesstörungen bei traumatischer Epilepsie und die hysterischen und andern degenerativen Zustände (Psychoneurosen). Besonders das V. Kapitel ist von wesentlicher Bedeutung für die psychiatrische Gutachtertätigkeit in den verschiedenen Fragen der sogenannten „Kriegsneurose".

Sch. schließt mit dem VI. Kapitel, in dem er eine Darstellung anderer akuter und chronischer Geistesstörungen nach Kopfverletzung bringt und besonders die Beziehungen des Delirium tremens, Epilepsie, Arteriosklerose, den chronisch-progressiven Geistesstörungen und der Katatonie zum Kopftrauma.

Schröder (65) beschreibt sieben Fälle von progressiver Paralyse, bei denen er im Verlauf der Erkrankung katatone Zustandsbilder beobachtete. Der erste verlief in Form eines 4 Monate anhaltenden Hemmungszustandes bis zum ausgesprochenen Stupor und zeigte einen nach des Verf. Meinung „ungewöhnlichen" Beginn mit Be-...ideen und gelegentlich auftretenden isolierten akustischen Halluzinationen. ...rigen Fälle haben für mehr weniger lange Dauer die Erscheinungen ...tungsarmut und Hemmungszustände bis zum Stupor. Daneben



fanden sich bei allen Beobachtungen die typischen Symptome der Paralyse. — Aus den beobachteten Fällen zieht Verf. den Schluß, daß eben „katatone" Symptome, rein für sich betrachtet, nicht das Vorliegen einer Katatonie (Dementia praecox) beweisen, daß sie auch bei andern, namentlich organischen Psychosen vorkommen. Für das Verständnis der katatonen Symptome überhaupt und für die Erklärung ihrer Bedeutung seien vermutlich gerade derartige organische Erkrankungen besonders wichtig. Verf. verteidigt angelegentlich die lokalisatorisch-anatomische Erklärung *Wernickes* gegenüber der psychologischen *Kraepelins* und *Stranskys* und betont die unbestrittene Fruchtbarkeit der diagnostischen Ideen *Wernickes*.

Schluttig (66) beschreibt nach einleitenden Bemerkungen über die Ätiologie, Symptomatologie und Diagnose der Hirnabszesse einen Fall von Hirnabszeß bei einem Manne unbekannten Alters. Der Abszeß war im Anschluß an ein mehrfach vorausgegangenes Gesichtserysipel entstanden und hatte sich im rechten Schläfenlappen lokalisiert. Am Tage nach der Einlieferung des Kranken in die psychiatrische und Nervenklinik zu Kiel wurde in der chirurgischen Klinik der Abszeß eröffnet. Am Abend nach der Operation trat, trotz vorübergehender Besserung und Druckentlastung, der Tod ein.

Stern (69) erwähnt zunächst die technischen Vorteile der intravenösen Injektion konzentrierter Neosalvarsanlösungen gegenüber den üblichen Infusionen verdünnter Lösungen. Salvarsan und Neosalvarsan sind nach den Erfahrungen des Verf. in ihrer Wirksamkeit völlig unterschiedslos. Die Ausscheidung des Salvarsans im Urin stellte er fest durch Nachweis der Amidogruppe des Salvarsans. Dabei fand er von 420 untersuchten Urinen

nach	8	Stunden	positiv	33%,
,,	20	,,	,,	27%,
,,	24	,,	,,	4%,
,,	36	,,	,,	13%,
,,	48	,,	,,	10%.

Im Sputum sowie in der Milch luetischer Mütter vermochte er Salvarsan nicht nachzuweisen.

Nach den Erfahrungen des Verf. hält die Ausscheidung des Salvarsans nach den Injektionen sehr erheblich länger an, als nach den Infusionen. Die reichliche Flüssigkeitszufuhr bei den Infusionen, gesteigert durch den Kochsalzgehalt der Mischflüssigkeit, rege die Diurese in erheblichem Maße an. Dadurch werde naturgemäß die Ausscheidung des Salvarsans gesteigert. Verf. gibt nach den Untersuchungsergebnissen seiner Klinik den konzentrierten Lösungen unbedingt den Vorzug vor den verdünnten.

Referent: Herr *Stuchlík* (71).

Heveroch, A.: ÜberAlexie. — Časopis českych lékařův, 54, 8. 1915. (Böhmisch.)

Heveroch (71) versteht unter Alexie den Verlust der erlernten Fähigkeit, zu lesen. Also alle andern Störungen, die sich auch als Unfähigkeit zum Lesen äußern, können nicht als Alexie bezeichnet werden, wie z. B. nicht lesen kann derjenige, der es nie gelernt hat, oder der, der mit Hemianopsie behaftet ist, und dergleichen. Die klassische Lehre über Alexie wie über Aphasien überhaupt reicht mit ihrer



Klassifikation nicht, um den Reichtum der Erscheinungen, die hierher gehören, zu umschließen. (Die eingehende, lesenswerte Diskussion des Autors läßt sich nur in einer Übersetzung wiedergeben.) Autor erwägt etwa folgendermaßen: Das Geschriebene und Gelesene versteht erstens derjenige nicht, der es nie gelernt hat; zweitens der, der z. B. die Worte kennt, nicht aber deren Sinn (Ministrant, der die lateinischen Gebete bei der Messe memoriert), und endlich der kleine Schüler, der es erst lernt, die Worte aus den Buchstaben zusammenzusetzen, versteht nicht den Sinn des Wortes auf den ersten Blick, versteht aber das Wort sofort, sobald es ihm jemand vorsagt, so daß im ganzen die Fähigkeit, das Gelesene zu verstehen, durch folgende Momente bedingt ist: 1. man muß sehen, 2. wissen, welche Buchstaben der Lautvokal oder Konsonant repräsentiert, 3. die Worte in Sätze und die Buchstaben in Worte zusammensetzen können, 4. den Sinn der Worte und Sätze verstehen.

Bezeichnen wir jetzt die Fähigkeit zu sehen mit $\int^0_3$, die Kenntnis der Buchstaben mit $\int^0_2 l$, die Fähigkeit, die Buchstaben in Worte zusammenzusetzen, mit $\int^0_2 v$, die Kenntnis des Sinnes des Wortes mit $\int^0_1$, so bekommen wir folgende schönen Schemata, deren Autor eine ganze Reihe publiziert, von denen aber nur eine Auswahl reproduziert werden mag. (Dazu ist noch notwendig, zu bemerken, daß die Funktionen, die beim Lesen sich entwickeln und ganz analog den obigen sind, ebenfalls analog bezeichnet werden, nur statt ^{0} wird das Zeichen s gebraucht; für Schreiben wird ebenfalls analog das Zeichen γ angewendet; für die Fähigkeit, das Gehörte zu verstehen, analog mit dem Zeichen ^{a}.)

Schema der Funktionen beim lauten Lesen:

$$I \begin{array}{l} \leftarrow \int^0_1 \leftarrow \int^0_2 v \leftarrow \int^0_2 l \leftarrow \int^0_3 \leftarrow \\ \rightarrow \int^s_1 \rightarrow \int^s_2 v \rightarrow \int^s_2 l \rightarrow \int^s_3 \rightarrow \end{array}$$

So liest, wer versteht, was er liest. In Worte übersetzt (als Beispiel, das bei den folgenden Schemata nicht mehr wiederholt wird), heißt es: der Mensch, der normal sieht ($\int^0_3$), die Buchstaben kennt ($\int^0_2 v$) und sie in Worte zusammenzusetzen versteht ($\int^0_2 l$), den Sinn der Worte gut auffaßt ($\int^0_1$), kann das wahrgenommene Gelesene reproduzieren (die umgekehrte Reihenfolge der Funktionen). Die jüdische Jugend, die meistens das Hebräische nicht versteht, betet in der Synagoge aus den hebräischen Gebetbüchern nach folgendem, jetzt wohl allgemein verständlichem Schema:

$$\downarrow \begin{array}{l} \int^0_2 v \leftarrow \int^0_2 l \leftarrow \int^0_3 \leftarrow \\ \int^s_2 v \rightarrow \int^s_2 l \rightarrow \int^s_3 \rightarrow \end{array}$$

Ganz analog lassen sich konstruieren Schemata für: das Abschreiben einer Sache, die dem Abschreiber verständlich ist, oder das mechanische Abschreiben, z. B. in einer Sprache, die dem Betreffenden nicht verständlich ist, und dergleichen mehr.

(Als Beispiel der Anwendung der Schemata, das Abschreiben des Unverständlichen:

$$\downarrow \begin{matrix} \int_2^0 v \leftarrow \int_2^0 l \leftarrow \int_3^0 \leftarrow \\ \int_2^\gamma v \rightarrow \int_2^\gamma l \rightarrow \int_3^\gamma \rightarrow \end{matrix}$$

das Abschreiben, wenn dem Betreffenden nur die Buchstaben bekannt sind:

$$\downarrow \begin{matrix} \int_2^0 l \leftarrow \int_3^0 \leftarrow \\ \int_2^\gamma l \rightarrow \int_3^\gamma \rightarrow \end{matrix}$$

das Abschreiben beim Menschen, der auch die Buchstaben nicht kennt und sie nur abzeichnet.

$$\downarrow \begin{matrix} \int_3^0 \leftarrow \\ \int_3^\gamma \leftarrow \end{matrix} \qquad \text{u. s. w.)}$$

Das universale Schema für alle Sprachfähigkeiten ist dann:

$$I \begin{matrix} \leftarrow \int_1^{p\,1)} \begin{matrix} \leftarrow \int_2^a v \leftarrow \int_2^a l \leftarrow \int_3^a \leftarrow \\ \leftarrow \int_2^0 v \leftarrow \int_2^0 l \leftarrow \int_3^0 \leftarrow \end{matrix} \\ \leftarrow \int_1^{e\,1)} \begin{matrix} \rightarrow \int_2^s v \rightarrow \int_2^s l \rightarrow \int_3^s \rightarrow \\ \rightarrow \int_2^\gamma v \rightarrow \int_2^\gamma l \rightarrow \int_3^\gamma \rightarrow \end{matrix} \end{matrix}$$

Jetzt kann natürlich eine jede beliebige Teilfunktion gestört sein. Die reine Alexie ist (auf andere kann im Referate nicht eingegangen werden) durch die Störung der Funktion $\int_2^0$ charakterisiert; und da es zwei $\int_2^0$ Funktionen gibt, existieren auch zweierlei Anomalien: entweder ist die $\int_2^0 l$-Funktion gestört, d. h. der Kranke kann die Buchstaben nicht lesen, oder die $\int_2^0 v$-Funktion, d. h. er liest die Buchstaben, aber die Worte nicht. (Die erste ist die Alexia pura litteralis, die zweite die Alexia pura ameristica verbalis.) Andere als Alexie zu bezeichnende Störungen lassen sich aus dem Schema leicht verstehen.

Und noch eine Komplikation kommt in Betracht, nämlich die Fähigkeit zu lesen, wenn der Pat. die Buchstaben abtastet. Diese Funktion bezeichnet Autor mit ^{t}; das vollständige Schema läßt sich schon leicht konstruieren. (Bei den Blinden, die lesen können, fehlt die Funktion $\int^0$, es ist dagegen die Funktion $\int_t$ vorhanden.) Wollen wir am einfachsten das Schema darstellen, so können wir sämtliche Funktionen nebeneinander schreiben und die oben angewandte Bezeichnung *p* (perzeptive) und *e* (expressive) verbinden, da sie in der durchaus überwiegenden Mehrheit der Fälle gleichzeitig vorhanden sind. Das Schema sieht dann so aus:

$$I \begin{matrix} \leftarrow \\ \rightarrow \end{matrix} \int_1^{(p,e)} \begin{matrix} \leftarrow \int_2^{a,o,t} \leftarrow \int_3^{a,o,t} \leftarrow \\ \rightarrow \int_2^{s,\gamma} \rightarrow \int_3^{s,\gamma} \rightarrow \end{matrix} \quad {}^{2)}$$

Durch diese einfachen Schemata ist der Autor imstande, sehr genau sämtliche, auch die feinsten, Störungen zu erklären und, was auch sehr wichtig ist, die-

---

[1]) *p* = perzeptive, *e* = expressive Funktion.

[2]) oder noch einfacher:

$$I \begin{matrix} \leftarrow \int_1^p \leftarrow \int_2^p \leftarrow \int_3^p \leftarrow \\ \rightarrow \int_1^e \rightarrow \int_2^e \rightarrow \int_3^e \rightarrow \end{matrix}$$

jenigen voneinander zu trennen, die nicht zusammen gehören und die vielleicht in der klassischen Lehre nicht scharf genug differenziert werden konnten. Die Kasuistik, die der Verf. publiziert, zeigt deutlich die Anwendungsfähigkeit der in jeder Hinsicht sehr tief ersonnenen Theorie der Beschaffenheit der Alexie.

Jar. Stuchlik.

Referent: Herr *Stuchlik* (71).

Heveroch, A.: Über akute Lähmungen bei Tabikern. Časopis českých lékařův, 54, 100, 1. 15. (Böhmisch.)

Heveroch teilt einige Fälle von Tabes mit, bei welchen er plötzlich eintretende Lähmungen beobachtet hat. Solche Fälle sind sehr selten. Die Lähmungen können zum Vorschein kommen gleich am Anfang der Erkrankung, oft stellen sie sich nach Traumen ein, oft lassen sich irgendwelche Ursachen nicht eruieren. Meist sind solche Fälle wieder heilbar, d. h. es verschwinden die Lähmungen nach einiger Zeit, oder sie bessern sich beträchtlich. Eine Muskelatrophie folgt der Lähmung in der Regel nicht, nur bei alten Tabikern können wir schwächere Muskeln (aber das ist nicht gleichbedeutend mit atrophischen) finden. Eine eingehende Differenzialdiagnostik soll die Diagnose „Lähmung bei Tabikern" begründen. — Praktisch ist die Mitteilung von Bedeutung, da sie zeigt, daß man bei akut vorkommenden Lähmungen nach Affekten oder Traumen nie auf Tabes zu untersuchen vergessen soll. *Jar. Stuchlik.*

Triebel (73) schildert die Symptome der juvenilen Paralysis, stellt die Veröffentlichungen mehrerer Fälle von jugendlicher Paralyse durch verschiedene Autoren zusammen und führt zum Schluß die Krankengeschichte eines solchen Falles an, der in der Kieler psychiatrischen und Nervenklinik beobachtet wurde. Der Therapie der juvenilen Paralyse tritt Verf. skeptisch gegenüber.

Weise (75) teilt einen Fall von Scheitellappentumor, und zwar von Gliom des rechten Scheitellappens bei einem 31jährigen Manne, mit. Der Fall ist insofern von Interesse, als er schon jahrelang vorher unter dem Bilde einer Epilepsie sich bemerkbar gemacht hatte, ohne daß die Diagnose Tumor mit Sicherheit gestellt werden konnte. Die Beobachtung stammt aus der psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel.

Weygandt (77) erörtert die Kriegsdienstbeschädigungsfrage bei der progressiven Paralyse. Seiner Meinung nach bedingt der Krieg keineswegs einen Ausbruch der Paralyse in früherem Lebensalter als die Friedenszeit. Betreffs der Frage der Verlaufsschnelligkeit vermochte Verf. nach den von ihm angestellten Beobachtungen keinen rascheren und schwereren Verlauf der Paralyse bei Kriegsteilnehmern festzustellen. Verf. betont aus den gemachten Erfahrungen: „Es gibt eine Kriegsparalyse" und rät deshalb, die Frage der Dienstbeschädigung bei Paralyse von Fall zu Fall eingehend zu prüfen.

Zumbusch und *Dyroff* (82) tadeln bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten die überwiegend unzulängliche Behandlung der Geschlechtskranken, die entweder gar nicht zum Arzt gehen oder sich nur selten zur Wiederholung einer Kur bequemen. Die Verf. glauben daher, in energischster Weise für gesetzliche Maßnahmen eintreten zu sollen. Der ärztliche Verein München hat zu diesem Zweck

zwei Elaborate vorgelegt; 1. „Leitsätze betreffend Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten", in denen er Meldepflicht und Behandlungszwang der venerisch Kranken fordert, und 2. einen „Entwurf von Vorschriften zur Bekämpfung übertragbarer Geschlechtskrankheiten".

Zumbusch (83) beschreibt einen Todesfall nach Salvarsaninjektion bei einem 19jährigen graviden Mädchen. Der Tod trat 5 Tage nach der 3. Injektion von 0,6 Natriumsalvarsan ein. Im Anschluß an die Erörterung des Falles bringt Verf. eine Zusammenstellung der von verschiedenen Autoren gemachten Beobachtungen über Todesfälle nach Salvarsan. Aus der Art der beobachteten Fälle kommt Z. zu dem Schluß, daß 1. bei Kombination der Lues mit mehr weniger schweren andern Leiden die Salvarsanbehandlung zum mindesten eine zu heroische Dosierung des Salvarsans kontraindiziert sei; 2. daß es dagegen Fälle von echtem Salvarsantod gebe, über dessen Ursache und Veranlassung man noch nicht im klaren sei. Trotz der Gefahren müsse man aber mit Salvarsan behandeln, da die heilende Wirkung des Salvarsans eine nicht mehr zu entbehrende sei. Ebensowenig wie die Chirurgie wegen der Gefahr des Narkosetodes auf die Narkose verzichte, könne in der Behandlung der Syphilis das Salvarsan völlig ausgeschaltet werden.

---

3. Intoxikations-Psychosen.

Ref.: E. Schütte-Lüneburg.

1. *Ammann, Robert* (Aarau), Die Bromvergiftung und ihre Schriftstörungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 34, H. 1/2, S. 12. (S. 61*.)
2. *Anderson, Victor V.*, The alcoholic as seen in Court. Study of 100 cases of chronic alcoholics. Boston med. and surg. journ. Ref.: Alienist and neurolog. vol. 37, no. 3, p. 319.
3. *Bauer* (Amtsrichter a. D. in München), Bedingte Verurteilung von Trinkern (Pollard-System, Trinkerbewährung). Vortr.: Versammlung alkoholgegnerischer Ärzte, München, 16. Nov. 1916. Bericht: Münch. med. Wschr. Nr. 49, S. 1732.
4. *Bercovici, Samuel*, Über Pellagra, insbesondere in Rumänien. Inaug.-Diss. Leipzig.
5. *Besenbruch*, Akute halluzinatorische Verwirrtheit und Sehnervenentzündung nach Vergiftung mit Farbendunst (Benzin). Arch. f. Schiffs- u. Tropenhygiene Bd. 20, H. 7, S. 177.
6. *Biberfeld, Johannes* (Breslau), I. Zur Kenntnis der Morphingewöhnung. II. Über die Spezifizität der Morphingewöhnung. Biochem. Ztschr. Bd. 77, H. 5 u. 6, S. 283. (S. 59*.)



7. *Birch-Hirschfeld*, *A.* (Königsberg i. P.), Methylalkoholamaurose. (V. f. wissenschaftl. Heilk. Königsberg, Sitzung vom 6. XII. 1915.) Ref.: Deutsche med. Wschr. Nr. 9, S. 273.

8. *Brandenburg*, *Kurt*, Die Krankheit der maisessenden Völker, die Pellagra, eine Lichtkrankheit. Med. Klinik Nr. 23, S. 629.

9. *Brown*, *Sanger* (White Plains, N. Y.), On the interpretation of symptoms in the infective exhaustive psychoses. The journ. of nerv. and ment. dis. vol. 43, no. 6, p. 518.

10. *Burr*, *Charles W.*, and *Cadwalader*, *W. B.* (Philadelphia), A case of pellagra, with autopsy, in a child. (Philadelphia neurolog. Soc., 17. XII. 15.) Rep.: The journ. of nerv. and ment. dis. vol. 43, no. 6, p. 539.

11. *Chauveau*, *A.*, und *Laudoncy*, *L.* (Paris), Über die ätiologischen Beziehungen des Alkoholismus zur Tuberkulose. Bull. de l'Acad. des sciences, Paris, no. 23, 24 u. 25.

12. *Crothers*, *T. C.*, A study of the causes of alcoholism and inebriety. Temp. journal no. 5, p. 132.

13. *Davenport*, *C. B.*, The hereditary fact in the rise of pellagra. Arch. of intern. med. July-No.

14. *Dieterlen*, Über eine im Jahre 1914 in der Südsee beobachtete Beriberi-Epidemie. Arch. f. Schiffs- u. Tropenkrankh. Bd. 20, H. 13, S. 306.

15. *Fleck*, *A.*, Alkoholneuritis. Inaug.-Diss. Jena.

16. *Friderici*, *Bernhard*, Über Dipsomanie. Inaug.-Diss. Kiel, 26 S. u. Arch. f. Psych. Bd. 56, H. 2, S. 538. (S. 59*.)

17. *Friedländer*, *A.* (Hohemark bei Frankfurt a. M.), Entziehungskuren und Therapie einiger wichtiger Intoxikationen. Abdruck aus dem Handb. d. Therap. d. Nervenkrankh., herausgegeben von H. Vogt-Wiesbaden, S. 1120—1157. (S. 58*.)

18. *Galli*, *B.*, Zur Frage der Pellagra in der Schweiz. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Jahrg. 48, S. 181.

19. *Goldberger*, *J.*, Pellagra: Causation method of prevention. A summary of some recent studies of the Public Health Service. The journ. of the American med. Ass. vol. 66, p. 471.

20. *Graetzer*, *E.* (Berlin), Seltene Intoxikationsfälle. (Seltene Kasuistik II.) Deutsche med. Wschr. Nr. 37, S. 1137.

21. *Grafe*, *E.*, und *Homburger*, *A.* (Heidelberg), Gewerbliche Nitro-



benzol-Vergiftung mit Korsakowschem Syndrom und Ausgang in geistigen Schwächezustand. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 25, H. 3, S. 343.

22. *Grandjean-Hirter*, *E.* (Interlaken), Über Neuroponosen toxi-digestiven Ursprungs. Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 22, H. 4, S. 306. (S. 56*.)

23. *Grandjean-Hirter* (Interlaken), Über Neurosen und Psychosen toxi-digestiven Ursprungs. Deutsche med. Wschr. Nr. 43, S. 1316. (S. 56*.)

24. *von Gruber*, *Max* (München), Hygienische Aufgaben der Gegenwart. Vortrag, gehalten in der neuen Aula der Universität. Berlin, 8. I. 1916. Alkoholfrage Jahrg. 12, H. 1.

25. *Häberlin*, *H.*, Alkohol und Diensttauglichkeit. Neue Züricher Ztg. Nr. 1260 (6. August 1916).

26. *Hercod*, *R.*, Magnus Huss, le père des recherches scientifiques sur l'alcoolisme. L'Abstinence no. 13, 14, p. 1.

27. *Herzig*, *Ernst* (Wien), Schwefelkohlenstoffpsychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 33, H. 3—4, S. 185. (S. 60*.)

28. *Hertzka*, *J.* (Bad Gastein), Der Glaubenssatz vom Kindbettfieber und der Glaubenssatz vom Alkohol. Heidelberg, F. Heubach. 20 S. 0,25 M. (S. 57*.)

29. *Hinz*, *Wilhelm*, Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach akuten Infektionskrankheiten: Amentia nach Erysipel. Inaug.-Diss. Kiel. 21 S. (S. 61*.)

30. *Holitscher*, Neue Untersuchungen über die Wirkungen kleiner Alkoholmengen auf die Nerven- und Muskeltätigkeit. Intern. Mtschr. H. 5, S. 121.

31. *Hübner*, *A. H.* (Bonn), Über Leuchtgasvergiftungen. Münch. med. Wschr. Nr. 19, S. 677. (S. 60*.)

32. *Hunziker* (Basel), Vergiftung mit Radix Belladonnae. Schw. Korr.-Bl. Nr. 22.

33. *Jadassohn*, *J.* (Bern), Pellagröser Symptomenkomplex bei Alkoholikern in der Schweiz. Schweizer Korr.-Bl. Nr. 52 (1915) u. Nr. 1 (1916).

34. *Juliusburger*, *Otto* (Berlin), Alkoholismus und Psychosexualität. Ztschr. f. Sexualwissensch. II, H. 10.

35. *Kauffmann*, *Alfr. Friedr.*, Der weitere Verlauf der Fälle von



Korsakowscher Psychose, die in den Jahren 1904—1911 in der Kgl. Psychiatrischen Klinik zu München aufgenommen wurden. Inaug.-Diss. München.

36. *Kerl, Wilh.* (Wien), Todesfälle nach intravenöser Neosalvarsaninjektion bei bestehender Gehirnschädigung durch Intoxikationen, besonders des Alkoholismus. Wien. klin. Wschr. Nr. 39.

37. *Kirby, George H.* (New York), Alcoholic halluzinosis, with special reference to prognosis and relation to other psychoses. (Read at the interhospital conference at Wards Irland. Jan. 12 th. 1916.) Rep.: Bull. of the N. Y. State Hosp. vol. IX, no. 3, p. 353.

38. *Koch, Mathilde L.*, u. *Voegtlin, Carl*, Chemical changes in the central nervous system in pellagra. Hygien. Laboratory Bull. no. 103.

39. *Kraepelin, E.* (München), Die Beeinflussung der Treffsicherheit beim Schießen durch Alkohol. Alkoholfrage Jahrg. 12, H. 4.

40. *Kraß*, Zwangsweise Unterbringung von arbeitsscheuen Gewohnheitstrinkern und Bummlern in Anstalten während des Krieges. Ztschr. f. d. Armenwesen H. 11 u. 12, S. 312.

41. *Krüsemann, Moritz*, Über Psychosen bei akuten Infektionskrankheiten; Deferveszenzdelirien, speziell bei Scharlach. Inaug.-Diss. Kiel.

42. *Laquer, L.* (Wiesbaden), Das Gothenburger System und Branntweinkarte. (20. Jahresversammlung des Vereins abstinenter Ärzte a. d. Sprachgebiet München, 22./23. Sept. 1916.) Preuß. Jahrb. Bd. 165, H. 3, und gekürzter Bericht: Münch. med. Wschr. Nr. 42, S. 1491. (S. 57*.)

43. *Leppmann, A.* (Berlin), Leuchtgasvergiftung und psychische Störungen. (Forens.-med. Vereinigung, Berlin 21. I. 1916.) Bericht: Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 4, S. 45.

44. *Marx, Emil*, Über die Häufigkeit und die klinischen Symptome der akuten infektiösen und toxischen Geistesstörungen. Inaug.-Diss. Würzburg.

45. *Maßmann, Werner*, Zwei Fälle von alkoholischer Pseudoparalyse. Inaug.-Diss. Marburg. (S. 59*.)

46. *Mayer*, *W.*, Alkohologene reflektorische Pupillenstarre. Journ. f. Psychol. u. Neurolog. Bd. 21, H. 5/6, S. 221.

47. *Münz*, *Leo*, Über die Bedeutung der Blutuntersuchungen und über Spätlähmungen bei Bleiintoxikationen. Inaug.-Diss. Königsberg.

48. *Muncey*, *E. B.*, Researches about the heredity of pellagra at Spartanburg, South. Car. Arch. of intern. med. July-No.

49. *Neumann*, *J.* (Hamburg), Strophantusvergiftung. Münch. med. Wschr. Nr. 36, S. 1292. (S. 61*.)

50. *Newcomb*, *Phil. B.* (Osawatomie, Kas.), Alcoholic insanity in a prohibition State. Monthly bull. of the Dep. of Health of the City of New York vol. VI, no. 7, p. 191. (S. 57*.)

51. *Nonne*, *Max* (Hamburg), Hysterische Symptome im Anschluß an Infektionskrankheiten. (Ärztl. Verein Hamburg, 27. VI. 1916.) Eigenbericht: Neurol. Zentralbl. Nr. 20, S. 864.

52. *van Noorden* u. *Ellinger* (Frankfurt a. M.), Chronische Trional-vergiftung. (Ärztl. Verein Frankfurt a. M., 21. III. 1916.) Bericht: Med. Klinik Nr. 17, S. 459.

53. *Novotny*, *J.*, u. *Ringel*, *K.*, Kasuistischer Beitrag zu Botulismus-erkrankungen. Wien. klin. Wschr. Nr. 36.

54. *Orth*, *Joh.*, Alkoholismus und Tuberkulose. Tuberculosis Nr. 3 (u. Sitzungsber. Berl. klin. Wschr. Nr. 30, S. 822).

55. *Pearson*, *C. B.* (Baltimore, Md.), Prognosis in morphinism and a few hints concerning the proper home care of these patients by the general practitioner. Repr. from The southern med. journ. vol. 6, no. 10, p. 643. (S. 59*.)

56. *Pearson*, *C. B.* (Hillsdale, Md.), The psychological side of the treatment of morphinism. Repr. from The medical council. Phil. (S. 59*.)

57. *Pearson*, *C. B.* (Hillsdale, Md.), The treatment of morphinism. Repr. from The medical times. August 1914. (S. 59*.)

58. *Raecke*, *Jul.* (Frankfurt a. M.), Zur Lehre vom pathologischen Rausche. Vjhrschr. f. ger. Med. u. öffentl. San.-W. Bd. 53, S. 49. (S. 58*.)

59. *Rosanoff*, *A. J.*, Alcohol in relation to mental disease. Scientific temp. journ. no. 5, p. 128.

60. *Salm*, *A. J.*, Ein Fall von Malariapsychose. Geneesk. Tijdschr. v. Ned. Indië vol. 55.



61. *Sceleth, C. E.*, and *Beifield, A. E.*, Cerebral edema (neet brain) in chronic alcoholism. The journ. of American med. sc. (1915) vol. 149, p. 881.

62. *Schellmann* (Landesrat in Düsseldorf), Erfahrungen aus der Praxis mit dem § 120 der Reichsversicherungsordnung, insbesondere im Hinblick auf die gleiche Fürsorge für alkoholkranke Kriegsteilnehmer. Alkoholfrage Jahrg. XII, Nr. 3, S. 208. (S. 57*.)

63. *Stertz* (z. Z. Spaa), Beiträge zu den posttyphösen Erkrankungen des Zentralnervensystems. (Krankendemonstrationen.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 30, H. 4/5, S. 538.

64. *von Schneider, Carl A.* (Collins, N. Y.), Studies on alcoholic hallucinoses. Repr. from the Psych. bull. January 1916. (S. 58*.)

65. *Schütze, Karl* (Bad Kösen), Beobachtungen über Kampfgaserkrankungen. Deutsche med. Wschr. Nr. 46, S. 1414. (S. 60*.)

66. *Schulz, Hugo* (Greifswald), Über den Einfluß des Alkohols auf das Farbensehen. Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 164, S. 274.

67. *Schulz, Hugo* (Greifswald), Einfluß der Digitalis usw. sowie des Alkohols auf das Farbensehen. Pflügers Arch. Bd. 163, H. 11 u. 12; Bd. 164, H. 4—6.

68. *Sebardt, C.*, Alkohol und Epilepsie. Nordisk med. Ark. (Edgreen-Festschrift 1914/15.)

69. *Serog* (Spaa), Zerebellare Ataxie nach Diphtherie. Med. Klinik Nr. 48, S. 1255. (S. 61*.)

70. *Sonnenberger* (Worms), Gesundheitsschädigungen durch Alkohol und Alkoholismus. Sammelreferat Med. Klinik Nr. 20, S. 541.

71. *Spears, L. P.* (Louisville), Delirium tremens and potators in the public practice. The therapeut. gaz. Aug.-No., p. 551.

72. *Stephan, R.* (Leipzig), Über eine unter dem Bilde des Menningismus verlaufende Allgemeininfektion mit gram-negativen Diplokokken. Münch. med. Wschr. Nr. 19, S. 670.

73. *Suárez, P.* (Straßburg i. E.), Über Maisernährung in Beziehung zur Pellagrafrage. Biochem. Ztschr. Bd. 77, H. 1 u. 2, S. 17-26.

74. *U. S. Circuit Court of Appeals*, Insanity from drugs as defense to crime. — Effect of prescription. Views of the U. S. Circuit



Court of Appeals, 41. circuit. Rep.: Alienist and neurolog. vol. 37, no. 3, p. 317.

75. *Weiler, Carl* (München), Alkoholismus in München während des Krieges. (20. Jahresversammlung des Vereins abstinenter Ärzte, München 22./23. IX. 1916.) Bericht: Münch. med. Wschr. Nr. 42, S. 1491.

76. *Wilson, Anita Alvera* (Washington, D. C.), Peripheral neuritis with Korsakows symptom complex. The journ. of nerv. and ment. dis. vol. 43, no. 5, p. 431.

77. *Zadek, A.* (Berlin), Alkoholismus und Tuberkulose. (Im Anschluß an die Veröffentlichungen von Prof. *Orth*-Berlin über diese Frage.) Berl. klin. Wschr. Nr. 36, S. 996. (Erwiderung zu vorstehendem Art.: Prof. Dr. *Orth*-Berlin, dieselbe Nummer der Wschr. S. 1000.)

78. *Zadeck, J.* (Berlin-Neukölln), Massenvergiftung durch Einatmen salpetrigsaurer Dämpfe (Nitritintoxikationen). Berl. klin. Wschr. Nr. 10, S. 246. (S. 60*.)

a) Allgemeines.

Grandjean-Hirter (22) führt aus, daß eine Anzahl der funktionellen Neurosen und Psychosen im Zusammenhang steht mit atypischen Bildungs- und Ausscheidungsformen der Tryptophanderivate aus unserer Ernährung. Es handelt sich dabei vorwiegend um mannigfaltige depressive, adynamisch-hyperästhetische oder epileptoide Erkrankungsformen. Sie verschwinden progressiv mit der Rückkehr zu normalen Tryptophanabbauverhältnissen und sind somit als Psychoneurosen toxidigestiven Ursprungs zu betrachten.

In einer weiteren Arbeit teilt *Grandjean-Hirter* (23) diese Störungen des Nervensystems in drei Hauptgruppen ein. Erstens Typen der Gemütsdepression ohne oder mit Halluzinationen, die im Anschluß an infektiöse Gastroenteritiden oder Enterokolitiden aufzutreten pflegen. Zweitens kommen vor Typen mit vorwiegend algischen (Kephalalgien, Neuralgien, Hyperästhesien) und adynamischen (bzw. psychasthenischen) Formen. Sie erfolgen meistens auf alimentäre Intoxikationen, manchmal bei chronischen torpiden Leber- und Darmerkrankungen. Drittens gibt es Typen mit starken Reizerscheinungen der neuromuskulären Apparate. Diese äußern sich sowohl im Gebiete der eigentlichen Motilität wie auf demjenigen der glatten Muskulatur und der Vasomotoren vom fibrillären Zittern ab bis zu typischen epileptischen Krisen mit und ohne Aura. Psychische Faktoren spielen neben den genannten ätiologischen Momenten ebenfalls eine Rolle. Therapeutisch kommt neben einer rationellen Psychotherapie in Betracht eine systematische Bekämpfung der Proteinfäulnis im Darm durch Herabsetzung der tyrosin-



und tryptophanhaltigen Nahrungsproteine, ferner Darmantisepsis und antagonistische Bekämpfung der putriden Darmflora mit laktischen Fermenten.

b) Alkoholismus. Morphinismus.

Laquer (42) hält die Zeitlage und Stimmung in Deutschland zur Einführung des Gotenburger Systems für außerordentlich günstig. Die Einnahmen aus dem Branntweinverkauf berechnet er auf 200 Millionen Mark, die einer großzügigen Bevölkerungspolitik zugute kommen könnten. Dringend erwünscht ist die Einführung der in Schweden bereits vorhandenen Branntweinkarte. Auf diese Weise würde man die Trinker bereits vor ihrem körperlichen und sozialen Verfall feststellen und eventuell vom Verbrauche ausschließen können. Empfehlen würde es sich, wenn einer der Bundesstaaten für die Kriegsdauer mit den genannten Einrichtungen einen Versuch machte.

Schellmann (62) ist mit den Erfahrungen, welche mit dem § 120 RVO. bisher gemacht sind, im allgemeinen zufrieden, bedauert aber sehr, daß die Gemeindeverwaltungen und Versicherungsämter bei Beantragung bzw. Festsetzung der im Gesetze vorgesehenen Sachleistungen noch zu wenig Kenntnis von der Bedeutung der Frage an den Tag gelegt haben. Vielfach wird die mit der Auszahlung in Sachleistungen zweifellos verbundene größere Mühe gescheut; die Armenverwaltungen weigern sich in zahlreichen Fällen, den Antrag gemäß § 120 RVO. zu stellen, ebenso machen häufig die Versicherungsämter ohne erkennbaren Grund Schwierigkeiten. Die Krankenkassen machen nur in verschwindender Zahl Gebrauch von den Rechten des § 120 RVO., dessen Wesen sie vielfach nicht erkannt zu haben scheinen. Es ist dringend anzustreben, daß auch die Militärrente in Sachleistungen gewährt werden kann, da zu befürchten ist, daß nach Beendigung des Krieges der Alkoholmißbrauch zunimmt. Verf. schlägt vor, in Satz 2 des Absatzes 1 auch das Bezirkskommando aufzunehmen, auf dessen Antrag die Sachleistungen gegeben werden müssen. Ferner ist die Beschleunigung des § 121 anzustreben; die Entscheidung des Versicherungsamtes bzw. des Kreisausschusses muß als einstweilen vollstreckbar erklärt werden, so daß die eingelegte Beschwerde keine aufschiebende Wirkung hat. Schließlich muß natürlich denjenigen Trunksüchtigen, welche neben Militärrenten auch andere Renten beziehen, in beiden Fällen nur Sachleistungen gewährt werden, da anders der Endzweck der ganzen Maßnahme nicht erreicht werden würde.

Hertzka (28) wendet sich in heftigen Ausführungen gegen den Alkoholismus und die Mäßigkeitsbestrebungen, die er als abstinenter Arzt bekämpft. Er vergleicht die Stellungnahme vieler Mediziner dem Alkohol gegenüber mit dem Verhalten der Geburtshelfer gegen Semmelweis in der Frage des Kindbettfiebers. Wie hier der Umschwung sich vollzogen hat, so wird auch der Sieg der Alkoholsabstinenz erfolgen.

Der Erfolg des Alkoholverbotes in Kansas war von interessierter Seite auf Grund ungenauer statistischer Ergebnisse angezweifelt worden. *Newcomb* (50) stellt auf Grund der Aufnahmezahlen der beiden staatlichen Anstalten Osawatomie

und Topeka im Jahre 1915 fest, daß der Prozentsatz an Alkoholpsychosen im Durchschnitt 1,7 % beträgt, während in dem vorhergehenden zweijährigen Bericht 3,2 % gefunden waren. Verf. gibt zu, daß der Stand der Gesamterkrankungen im Staate nicht niedrig ist, so ist die Zahl der Dementia praecox-Fälle um 37 % höher als in den anderen Staaten. Da in letzteren jedoch die Alkoholpsychosen im Durchschnitt 10,1 % ausmachen, ist die Zahl von 1,7 % für Kansas durchaus befriedigend. Der Erfolg des Alkoholverbotes kann nur durch Einschleppung aus den Nachbarstaaten beeinträchtigt werden.

Friedländer (17) berichtet über Entziehungskuren und Therapie einiger wichtiger Intoxikationen. Er ist dafür, daß im allgemeinen das Morphium sofort entzogen werden soll. Die Abstinenzerscheinungen bekämpft er mit Brom, Sulfonal usw., geeigneter Diät, Fachinger Wasser; gegen die übrigens nicht häufige Herzschwäche gibt er Kampfer und Koffein. Soll in Ausnahmefällen das Morphium nicht plötzlich entzogen werden, so wende man Morphin mit Skopolamin an. Die Psychotherapie ist stets sehr wichtig. Bei Kranken, die zugleich Kokain nehmen, empfiehlt es sich, zunächst unter Beibehaltung des Morphiums das Kokain fortzulassen. Nach 8—14 Tagen beginnt dann die Morphiumentziehungskur.

Unter den übrigen von *Friedländer* besprochenen Intoxikationen soll hier noch der Alkoholismus erwähnt werden. Bei Delirium tremens kommt er fast immer ohne Alkohol aus, wenn die Ernährung sorgfältig überwacht, Digitalis und Kampfer und eventuell Veronal gegeben werden. Zur Verhütung des Alkoholismus macht Verf. den Vorschlag, daß Krankenkassen und Versicherungsgesellschaften die Beiträge für Abstinente beträchtlich ermäßigen sollen. Weiter wird die Bleivergiftung besprochen. Die Bleikoliken sieht *Friedländer* an als Gefäßkrisen vom Typus der Hochspannung, deren kausale Therapie in der Darreichung hoher Joddosen besteht. Schließlich werden noch die Vergiftungen mit Arsen und seinen Derivaten sowie die Vergiftungen mit den Stoffen der aromatischen Gruppe wie Benzol, Toluol, Xylol, Anilin, Antifebrin, Phenazetin usw. besprochen.

v. Schneider (64) geht in seinen Studien über Alkoholhalluzinosen von der Alkoholwirkung an sich und deren Beziehungen zur Heredität der Geisteskrankheiten aus, unterzieht die einschlägige Literatur einer eingehenden Betrachtung und erläutert eine Anzahl von Fällen. Aus den Schlußfolgerungen des Verf. ist anzuführen: Der Einfluß des Alkohols auf Erblichkeit wird überschätzt: Ursache und Wirkung werden oft verwechselt. Die Behauptung, daß zur Alkoholhalluzinose neigende Individuen vorzugsweise homosexuell veranlagt sind, läßt sich nicht aufrechterhalten. Von Korsakow und Delirium tremens ist die Alkoholhalluzinose scharf unterschieden, es bestehen weder physische noch psychische Kennzeichen einer toxischen Psychose. Auch gegenüber der Dementia praecox bestehen weitgehende Unterschiede. Die Alkoholhalluzinose besitzt rein funktionellen Charakter, sie ist den manisch-depressiven Zuständen hinzuzurechnen. Die Bezeichnung „Alkoholhalluzinose" ist irreführend, da Alkoholwirkung nicht die einzige Ursache der Erkrankung ist.

Raecke (58) veröffentlicht zwei Gutachten über Totschlag im pathologischen Rauschzustand. Im ersten Falle handelte es sich um ein minderwertiges, durch



frühere Alkoholexzesse degeneriertes Individuum, das bereits vorher einmal einen ärztlich beobachteten pathologischen Rauschzustand durchgemacht hatte. Das Gericht erkannte auf Freisprechung. Der spätere Verlauf der Erkrankung gab dieser Auffassung durchaus recht. In der zweiten Beobachtung bestand ein erheblicherer Schwachsinn mit sehr schwerer erblicher Belastung und Alkoholismus. *Raecke* betont, daß zur Feststellung eines krankhaften Rauschzustandes außer Beobachtung der Symptomatologie des Rausches stets sorgfältige Berücksichtigung der Grundlage gehört, auf welcher er erwächst.

An der Hand von sieben Krankengeschichten bespricht *Friderici* (16) die Dipsomanie. Er tritt dafür ein, daß diese Krankheit nicht epileptischer Natur ist. Die Dipsomanie ist nach seiner Auffassung eine Psychose sui generis; nicht alle Dipsomanen sind Degenerierte, auch hat nicht immer Alkoholmißbrauch in der Aszendenz oder bei den Kranken selbst bestanden. Auffällig war, daß fünf von den sieben untersuchten Kranken Selbstmordversuche gemacht oder geplant hatten.

Die Dissertation von *Maßmann* (45) bringt zwei Fälle von alkoholischer Pseudoparalyse. Für die Diagnose entscheidend war hier die serologische Blut- und Liquoruntersuchung sowie der günstige Verlauf bei Alkoholabstinenz. Der erste Fall, ein 43 Jahre alter Lehrer, wurde fast geheilt, der zweite wesentlich gebessert. Eine entfernte Ähnlichkeit mit einer *Korsakow*schen Psychose war nur bei der zweiten Beobachtung vorhanden. Klinisch war sonst eine besonders starke Ausprägung der Merkstörung vorhanden.

Biberfeld (6) hat Untersuchungen darüber angestellt, wie sich Hunde, die an Morphin gewöhnt waren, gegen andere auf die Nervenzentren wirkende chemische Substanzen verhalten. Es stellte sich heraus, daß die Gewöhnung an Morphin spezifisch ist und das Tier sogar den Derivaten des Morphins gegenüber seine Empfindlichkeit bewahrt. Die Zufuhr von Lipoiden beeinflußte den Ablauf der Gewöhnung nicht. Die Übertragbarkeit der Morphinimmunität konnte nicht nachgewiesen werden. Nach 10 Tagen Pause reagierte das Gehirn gewöhnter Tiere wieder auf Morphin, doch blieb ein gewisser Gewöhnungszustand bestehen.

Die quantitative Bestimmung der Lipoide im Gehirn an Morphium gewöhnter Hunde hat *Biberfeld* vorgenommen und gefunden, daß hier keine Änderung gegenüber den normalen Verhältnissen besteht. Ein besseres Resultat verspricht er sich bei der qualitativen Untersuchung des Organeiweißes.

Von *Pearson* (55—57) liegen drei Arbeiten über Morphinismus vor. In der ersten wird die Prognose des Morphinismus besprochen, es werden ferner Winke gegeben für die häusliche Behandlung durch den praktischen Arzt, wobei auf die Einleitung einer langsamen Entziehung, Regelung der Lebensgewohnheiten und des Schlafes Gewicht gelegt wird. Nach Ansicht des Verf. sind 75 % aller Fälle von reinem Morphinismus heilbar; schwieriger liegen die Verhältnisse bei Komplikation mit Alkohol und anderen Giften. In der zweiten Arbeit entwickelt *Pearson* seine Ansichten über eine rationelle Behandlung durch den Spezialisten, befürwortet eine vorsichtig geleitete Entziehungskur, erinnert an die Bekämpfung der Hyperazidität des Magens und empfiehlt als Roborans Koffein. Der psychologischen Seite der Behandlung ist ein dritter Aufsatz gewidmet. Vornehmlich ist das seelische



Verhalten des Patienten zu beachten, das Selbstvertrauen ist durch suggestive Einwirkung zu heben.

c) Gasvergiftungen.

Schütze (65) sah bei schwereren Kampfgasvergiftungen vielfach Trübungen des Sensoriums, bisweilen auch Anfälle von Schreien, Toben und Umsichschlagen. Daneben bestand großer Lufthunger, stechender Chlorgeruch der Exspirationsluft, Husten, pneumonische Erscheinungen, Temperatursteigerungen und in vielen Fällen Herzschwäche. Die Behandlung besteht neben Kampfer, Digitalis und Sauerstoffatmungen in einem Aderlaß bis zu 250 ccm Blut und Infusion von Kochsalzlösungen in Mengen bis zu 500 ccm.

Eine Massenvergiftung durch Einatmen salpetrigsaurer Dämpfe (Nitritintoxikationen) bei 11 Feuerwehrleuten beschreibt *Zadek* (78). Erst einige Stunden nach der Vergiftung traten die ersten Symptome auf. Bei den drei am schwersten erkrankten Leuten, von denen einer starb, stellten sich schwere komatöse Zustände ein. Außerdem bestanden katarrhalische Erscheinungen von seiten der Lungen, Magen-, Darmsymptome, Temperaturerhöhungen und in den schwersten Fällen Methämoglobin im Spektrum. Einmal waren auch Zucker und deutliche Mengen salpetriger Säure nachweisbar. Nach den Ausführungen des Verf. entsteht durch das aufgenommene Nitrit Methämoglobinämie, zu welcher Komplikationen von seiten der Respirationsorgane kommen. Die übliche Therapie kann wesentlich unterstützt werden durch intravenöse Strophantin-Adrenalininjektionen, auch größere Mengen von Natr. bicarbonicum, am besten intravenös, sind angebracht.

Hübner (31) hat auf Grund des großen Aktenmaterials der Berufsgenossenschaft der Gas- und Wasserwerke und auf Grund eigener Untersuchungen die Frage der Leuchtgasvergiftungen näher erforscht. Er fand, daß die meisten Unglücksfälle beim Legen der Anschlüsse vorkommen. Bisweilen tritt schon nach 10 Sekunden Bewußtlosigkeit und 2—3 Minuten später der Tod ein. Bei anderen Verunglückten wird frühzeitig eine Lähmung der Extremitäten beobachtet; wieder andere zeigen eine Störung der Orientierung. Bemerkenswert ist auch, daß Kranke, die erhebliche Mengen Gas eingeatmet haben, doch noch Stunden, ja sogar Tage lang unter geringen Allgemeinerscheinungen fortarbeiten können, bis meist sehr plötzlich sich ein schweres Krankheitsbild entwickelt. Unter den Symptomen der akuten Leuchtgasvergiftung sind zu nennen: unregelmäßige Herztätigkeit, Ikterus, Trägheit der Pupillen, choreiforme Zuckungen, apoplektiforme Insulte und psychische Symptome, letztere können sogar in dauernde Verblödung ausgehen. Von 125 Fällen akuter Vergiftung endeten 94 tödlich. Chronische Vergiftungen sind sehr selten. Die Leuchtgasvergiftung ist sehr viel schwerer als die reine Kohlenoxydvergiftung, weil einerseits große Mengen CO eingeatmet werden, andererseits das Leuchtgas auch sonstige giftige Bestandteile enthält.

Nach eingehender Besprechung der Literatur bringt *Herzig* (27) zwei Fälle von Schwefelkohlenstoffpsychosen. Beide verliefen unter dem Bilde der Amentia, es handelte sich um Männer, die in einer Gummifabrik gearbeitet hatten. Irgendwelche besonderen Merkmale, welche es ermöglicht hätten, die Schwefelkohlen-



stoffpsychosen gegenüber anderen Vergiftungspsychosen abzugrenzen, fehlten vollkommen.

d) Andere Gifte.

Eine sehr eingehende Schilderung der Bromvergiftung und der mit ihr verbundenen Schriftstörungen gibt *Ammann* (1). Bei rascher Bromvergiftung kommen nach einer kurzen Zeit mit gesteigertem Wohlbefinden und erleichterten Bewegungen die Vorboten mit beginnender Teilnahmlosigkeit, Störungen der Sprache, besonders der seelischen Sprachleistungen. Die Schrift ist wenig gestört. Dann folgt die schwere Vergiftung mit starker Lähmung der Geistestätigkeit. Schreibbewegungen und Schreibvorstellungen haben gelitten und die Fehler werden nicht mehr bemerkt. Mit Aussetzen des Broms und Verabreichung von Kochsalz gehen die Symptome nicht einfach zurück; die Stimmung schlägt um, es können Verwirrungszustände eintreten, die Schlafsucht weicht einer Schlaflosigkeit. Während sich das Bewußtsein gewöhnlich rasch aufhellt, bleiben die Bewegungen und feinen seelischen Leistungen noch etwas länger beeinträchtigt. Durch angemessene Bromgaben lassen sich diese Erscheinungen aufheben. Bei langsamer Vergiftung machen sich außer den angeführten Symptomen noch Ernährungsstörungen und Blutarmut mit starkem Kräfteverfall bemerkbar.

Einen Fall von Strophantusvergiftung beschreibt *Neumann* (49). Eine 46 jährige herzleidende Frau hatte in selbstmörderischer Absicht etwa 9,5 g Strophantustinktur genommen. Es traten hochgradige Bradykardie, Arhythmie und geringe Steigerung des Blutdrucks ein, ferner Amblyopie, Akkomodationslähmung, Erregung des Brechzentrums und Reizung der peripheren Nerven. Trotz der großen Dosis trat Heilung ein, wahrscheinlich weil die Kranke bald nach der Einnahme erbrochen hatte.

In einem von *Serog* (69) beschriebenen Falle erkrankte ein Soldat an Diphtherie mit Herzschwäche, starker Albuminurie und psychischen Störungen. Etwa 3 Wochen nach der Heilung der Diphtherie hatte sich eine ausgesprochene zerebellare Ataxie mit Abasie und Astasie entwickelt; auch Nystagmus wurde beobachtet. Daneben bestanden spinale Symptome, wie gürtelförmig vom Kreuz ausstrahlende Schmerzen und Fehlen der Bauchreflexe. Der Zustand besserte sich wesentlich, doch waren ein Vierteljahr später noch immer Nystagmus, ataktischer Gang und Parästhesien vorhanden. Es handelt sich wohl um eine diffuse Enzephalomyelitis, die durch das Diphtheriegift hervorgerufen ist.

Hinz (29) bringt in seiner Dissertation einen Fall von Amentia nach Gesichtserysipel. Er nimmt an, daß vielleicht durch den anatomischen Sitz das Kopferysipel leichter das Gehirn beeinflußt, da Geisteskrankheiten im Anschluß an Rose anderer Körperteile nicht beobachtet sind.



4. Neurosen.

Ref.: Bresler-Lüben i. Schl.

Vorbemerkung. In der nervenärztlichen Forschung und Tätigkeit steht die Frage der Kriegsneurose im Vordergrunde. Die Meinungen sind teilweise arg aneinander geraten und stehen sich noch feindlich gegenüber. Man kann keine bessere Schilderung der Lage geben, als wenn man die Führer und Hauptkämpfer aus der letzten Zeit selbst reden läßt. Im folgenden geschieht es in objektiv berichtender Weise. Es ist unmöglich und unnötig, auf alle, die dazu Wort und Feder ergriffen haben, zurückzukommen. Eine Bemerkung möchte ich dazu machen: 1. Wenn die Betonung der abnormen Disposition bei den Nervenkrankheiten auf die Spitze getrieben wird, so muß es konsequenterweise auch bei den Infektionskrankheiten geschehen und zugegeben werden, daß ein gesunder Mensch nicht an Typhus, Cholera, Fleckfieber usw. erkranken kann, und das würde zu der zweifelhaften Weisheit führen, daß kein Gesunder krank werden kann oder daß jeder Erkrankende schon vorher krank gewesen ist, denn die Disposition ist schließlich auch etwas Krankhaftes. Nun erkranken z. B. an Typhus bekanntlich besonders häufig ganz gesunde Naturen; dann müßten also die nicht Erkrankenden krankhaft disponiert sein. 2. Überzeugung, Glaube wird oft mit Wissenschaft verwechselt.

1. *Oppenheim*, *H.*, Die Neurose infolge von Kriegsverletzungen. Mit 20 Abbildungen im Text. Berlin 1916. S. Karger. 268 S. M. 10. (S. 68*.)
2. *Gaupp*, *R.*, Kriegsneurosen. (Erweitertes Referat, erstattet auf der gemeinsamen Kriegstagung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte und des Deutschen Vereins für Psychiatrie in München, 22. Sept. 1916.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 34, H. 5, 1916. (S. 70*.)
3. *Schultze*, *Fr.*, Bemerkungen über traumatische Neurosen, Neurasthenie und Hysterie. Neurol. Ztlbl. 1916, Nr. 15. (S. 73*.)
4. *Wollenberg*, *R.*, Wesen und Behandlung der Kriegsneurosen. Med. Klin. 1916, Nr. 52. (S. 74*.)
5. *Jendrássik*, *E.*, Einige Bemerkungen zur Kriegsneurose. Neurol. Ztlbl. 1916, Nr. 12. (S. 76*.)
6. *Lilienstein*, Die Kriegsneurosen. Ther. d. Gegenwart 1916, Nr. 12.
7. *Oppenheim*, *H.*, Zur Frage der traumatischen Neurose. D. M. W. 1916, Nr. 51. (S. 76*.)
8. *Naegeli*, Zur Frage der traumatischen und Kriegsneurosen in besonderer Berücksichtigung der Oppenheimschen Auffassungen. Neurol. Ztlbl. 1916, Nr. 12. (S. 77*.)



9. *Hauptmann*, *A.*, Kriegsneurosen und traumatische Neurose. Mschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XXXIX, H. 1. (S. 79*.)
10. *Strümpell*, *A.*, Einige Bemerkungen zur Unterscheidung zwischen funktionellen und organischen Erkrankungen des Nervensystems. Med. Klin. 1916, Nr. 18. — Derselbe, Über Wesen und Entstehung der hysterischen Krankheitserscheinungen. D. Ztschr. f. Nervenhlkd. Bd. 55, 1916. (S. 81*.)
11. *Mann*, *L.*, Die traumatischen Neurosen, ihre klinischen Formen und ihr Entstehungsmodus bei Kriegsverletzungen. Berl. klin. Wschr. 1916, Nr. 37 u. 38. (S. 83*.)
12. *Redlich*, *J.*, und *Karplus*, *J. P.*, Über Auffassung und Behandlung der sog. traumatischen Neurosen im Kriege. Med. Klin. 1916. (S. 85*.)
13. *Meyer*, *S.*, Die nervösen Krankheitsbilder nach Explosionschock. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. XXXIII, H. 5. (S. 86*.)
14. Derselbe, Kriegshysterie. D. M. W. 1916, Nr. 3. (S. 86*.)
15. *Homburger*, *A.*, Die körperlichen Erscheinungen der Kriegshysterie. M. M. W. 1916, Nr. 29. (S. 86*.)
16. *Meyer*, *E.*, u. *Reichmann*, *F.*, Über nervöse Folgezustände nach Granatexplosionen. Arch. f. Psych. Bd. 56, H. 3. (S. 86*.)
17. *Zangger*, *H.*, Zur Frage der traumatischen Neurose. Ztlbl. f. Gewerbehygiene 1916. (S. 88*.)
18. *Thannhauser*, *S. J.*, Traumatische Gefäßkrisen. Über Schock und Kollaps. M. M. W. 1916, Nr. 16.
19. *Rumpf*, *Th.*, Hysterie und Unfall. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 55. (S. 88*.)
20. *Horn*, *P.*, Über die diagnostische Bedeutung des Blutdrucks bei Unfallneurosen. D. M. W. 1916, Nr. 24—25. (S. 89*.)
21. *Bauer*, *J.*, Hysterische Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern. Inaug.-Diss. Kiel 1916. (S. 89*.)
22. *Büscher*, *J.*, Über psychogene Störungen bei Kriegsteilnehmern. Arch. f. Psych. Bd. 56, H. 3.
23. *Singer*, *K.*, Die Objektivierung nervöser Beschwerden im Kriege. Würzburger Abhandlungen XVI, 1, 1916. (S. 90*.)
24. *Bunnemann*, Die Neurosenfrage und das Arndtsche biologische Grundgesetz. Neurol. Ztlbl. 1916, Nr. 5. (S. 90*.)



25. *Lust*, *F.*, Kriegsneurosen und Kriegsgefangene. M. M. W. 1916, Nr. 52. (S. 90*.)

26. *Mörchen*, „Traumatische Neurosen" und Kriegsgefangene. M. M. W. 1916, Nr. 33. (S. 90*).

27. *Seige*, *M.*, Über psychogene Hör- und Sprachstörungen („hysterische Taubstummheit"). Mschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XXXIX, H. 6, 1916. (S. 90*.)

28. *Donath*, J., Kriegsbeobachtungen über hysterische Stimm-, Sprach- und Hörstörungen. Ebenda Bd. XL, H. 5, 1916. (S. 91*.)

29. *Muck*, *O.*, Beitrag zur Symptomatologie und Therapie der funktionellen Stimmstörungen im Kriege. Ztschr. f. Ohrenheilk. usw. Bd. 74, H. 3, 1916. (S. 91*.)

30. *Fröschels*, *E.*, Über den derzeitigen Stand der Frage des Stotterns. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 4.

31. *Wißmann*, *R.*, Die Beurteilung von Augensymptomen bei Hysterie. Samml. zwangl. Abhdlgn. a. d. Geb. d. Augenheilkd. Bd. X, H. 1/2. (S. 91*.)

32. *Pelz*, Über hysterische Aphasien. Arch. f. Psych. Bd. 56, H. 2.

33. *Fröschels*, *E.*, Zur Klinik des Stotterns. M. M. W. 1916, Nr. 12.

34. *Kaufmann*, *F.*, Die planmäßige Heilung komplizierter psychogener Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung. M. M. W. 1916, Nr. 22. (S. 91*.)

35. *Mann*, *L.*, Neue Methoden und Gesichtspunkte zur Behandlung der Kriegsneurosen. B. klin. Wschr. 1916, Nr. 50. (S. 91*.)

36. *Jolly*, *Ph.*, Arbeitstherapie für nervenkranke Soldaten. D. M. M. 1916, Nr. 49. (S. 92*.)

37. *Goldstein*, *K.*, Über die Behandlung der „monosymptomatischen" Hysterie bei Soldaten. Neurol. Ztlbl. 1916, Nr. 20. (S. 92*.)

38. *Rothmann*, *M.*, Zur Beseitigung psychogener Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung. M. M. W. 1916, Nr. 35. (S. 92*.)

39. *Hübner*, *A. H.*, Heilerfolge bei Neurosen. D. M. W. 1961, Nr. 19 u. 20. (S. 92*.)

40. *Zahn*, *H. W.*, Die hypnotische Behandlung bei im Felde entstandenen psychogenen Erkrankungen. Med. Klin. 1916, Nr. 24.

41. *Curschmann*, *H.*, Bemerkungen zur Behandlung hysterischer Stimmstörungen. M. M. W. 1916, Nr. 46. (S. 92*.)



42. *Dub*, Heilung psychogener Taubheit, Stummheit (Taubstummheit). D. M. W. 1916, Nr. 52. (S. 92*.)

43. *Fröschels*, *E.*, Grundlagen für die Pflege von Sprach- u. Stimmkranken. W. Kl. Rundsch. 1916, Nr. 43/48.

44. *Kaeß*, Zur Behandlung der hysterischen Stimmlosigkeit und Stummheit. Med. Klin. 1916, Nr. 36. (S. 92*.)

45. *Witte*, *A.*, Zur Symptomatologie u. Therapie der männlichen Hysterie. Inaug.-Diss. Kiel 1915.

46. *Vogt*, *A.*, Über hysterische Psychosen und ihre forensische Beurteilung. Inaug.-Diss. Kiel 1915.

47. *Beyer*, *E.*, Die Prognose und die Entschädigung der Kriegsneurosen. Ärztl. Sachv.-Ztg. 1916, Nr. 16. (S. 92*.)

48. *Horn*, *P.*, Über die Kapitalisierung von Kriegsrenten. D. M. W. 1916, Nr. 13. (S. 92*.)

48a. *Breuer*, *J.*, u. *Freud*, *S.*, Studien über Hysterie. III. Aufl. Leipzig u. Wien, F. Deuticke, 1916. Pr. 8 M. (S. 94*.)

48b. *Stern*, *F.*, Die psychoanalytische Behandlung der Hysterie im Lazarett. Psych.-neurol. Wschr. 1916, Nr. 12.

48c. *Horn*, *P.*, Über Blitz- und Starkstromläsionen des Nervensystems. D. Ztschr. f. Nervenheilkd. Bd. 54, 1916. (S. 93*.)

48d. *Prengowski*, *P.*, Zur Kenntnis der Krankheitserscheinungen der Nervösen, insbesondere über Negativismus und Eigensinn der Degenerierten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 1/2. (S. 93*.)

48e. *Stuchlík*, *J.*, Beitrag zum Studium der Epilepsie. Haskovcova Revue 1915, 12, 321. (Böhmisch.) (S. 93*.)

48f. *Pelnář*, *J.*, Über die sog. klimakterische Neurose. Sbornik lekarsky 1915, 16, 1. (Böhmisch.) (S. 93*.)

49. *Sommer*, *R.*, Epilepsie und Krieg. Schmidts Jahrbücher 1916, Bd. 324, H. 4. (S. 93*.)

50. *Tilmann*, Die chirurgische Behandlung der Epilepsie. Ebenda. (S. 93*.)

51. *Bolten*, *G. C.*, 3 Aufsätze über Epilepsie. Mschr. f. Psych. Bd. 39. (S. 94*.)

52. *Sauer*, *H.*, Über gehäufte kleine Anfälle bei Kindern. Ebenda Bd. 40. (S. 94*.)



53. *Rülf*, Zwei weitere Beiträge zum funktionellen Rindenkrampf. Neurol. Ztlbl. 1916, Nr. 10. (S. 94*.)

54. *Ammann*, *R.*, Ergänzung zu der Arbeit über die regelmäßigen Veränderungen der Häufigkeit der Fallsuchtanfälle und deren Ursache. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 32, H. 4/5. (S. 94*.)

55. *Kayser*, *H.*, Zur Lehre der postepileptischen Geistesstörungen. Inaug.-Diss. Kiel 1916.

56. *Wohlwill*, *F.*, Entwicklungsstörungen des Gehirns u. Epilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 3/4.

57. *Zappert*, *J.*, Über einen epileptiformen pseudobulbären Symptomenkomplex mit günstigem Verlauf. Neurol. Ztlbl. 1916, Nr. 17.

58. *Henneberg*, *R.*, Über genuine Narkolepsie. Ebenda Nr. 7. (S. 94*.)

59. *Donath*, *J.*, Kriegsbeobachtungen über partielle Nervenverletzungen. Ebenda.

60. *Jolly*, *Ph.*, Traumatische Epilepsie nach Schädelschuß. M. M. W. 1916, Nr. 40. (S. 95*.)

61. *Naef*, *M. E.*, Über Psychosen bei Chorea. Mtschr. f. Psych. Bd. 41, 1916. (S. 95*.)

62. *Bär*, *A.*, Beiträge zur Ätiologie und Symptomatologie der Chorea minor. Inaug.-Diss. Kiel 1915.

63. *Heinrichs*, *C.-L.*, Chorea minor und Psychose. Inaug.-Diss. Kiel 1915.

64. *Gärtner*, *M.*, Zur Behandlung der Chorea minor mit Salvarsan. Inaug.-Diss. Kiel 1916. (S. 95*.)

65. *Kühl*, *Ch.*, Über Chorea minor mit Psychose. Inaug.-Diss. Kiel 1915.

66. *Unger*, *W.*, Chorea chronica progressiva — Unfallfolge? Med. Klin. 1916, Nr. 45. (S. 95*.)

67. *Michels*, *G.*, Beitrag zur Lehre von der Chorea hysterica. Inaug.-Diss. Kiel 1915.

68. *Meyer*, *G.*, Zur Symptomatologie der Tetanie. Inaug.-Diss. Kiel 1916. (S. 95*.)

69. *Bode*, *F.*, Die psychischen Störungen bei Paralysis agitans. Inaug.-Diss. Kiel 1916. (S. 95*.)

70. *Übe*, *E.*, Zur Symptomatologie der Thomsenschen Krankheit. Inaug.-Diss. Kiel 1916. (S. 95*.)



71. *Eulenburg, A.*, Über Paramyotonia congenita. Med. Klin. 1916, Nr. 19. (S. 95*.)

72. *Wexberg, E.*, Eine neue Familie mit periodischer Lähmung. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. XXXVII. Bd., 1916. (S. 95*.)

73. *Prengowski, P.*, Über das hereditäre Auftreten der spastischen vasomotorischen Neurose (mit psychischen Erscheinungen). Arch. f. Psych. Bd. 56, H. 3. (S. 95*.)

74. *Rülf, J.*, Intermittierende Gangstörung auf angioneurotischer Grundlage, kombiniert mit Raynaudscher Krankheit an den Fingern und andern Angioneurosen. Ebenda.

75. *Sittig, O.*, Über kontralaterale identische Mitbewegungen beim Schreiben. Mschr. f. Psych. Bd. 39, H. 5, 1916. (S. 96*.)

76. *Oswald, A.*, Kann Hyperthyreoidismus bei vorher völlig Gesunden vorkommen? M. M. W. 1916, Nr. 18. (S. 96*.)

77. *Lanz, W.*, Versuche über die Wirkungen einiger Schilddrüsenpräparate auf den Stoffwechsel und das Blutbild von Myxödemen und Kretinismus. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 29, H. 2, 1916. (S. 96*.)

78. *Courvoisier, H.*, Über den Einfluß von Jodthyreoglobulin und Thyreonukleoproteid auf den Stickstoffwechsel und das Blutbild von Myxödem und Basedow. Inaug.-Diss. Bern 1916. (S. 96*.)

79. *Peillon, G.*, Über den Einfluß parenteral einverleibter Schilddrüsenpräparate auf den Stickstoffwechsel und das Blutbild Myxödemkranker. Inaug.-Diss. Bern 1916.

80. *Bab, G.*, Die Hypophyse als Regulator der Diurese und des spezifischen Gewichts des Harns. M. M. W. 1916, Nr. 48—50. (S. 96*.)

81. Derselbe, Bemerkungen zur hypophysären Pathologie und Therapie in der Gynäkologie. M. M. W. 1916, Nr. 12.

82. *Neumann, J.*, Zur Addisonschen Krankheit. M. M. W. 1916, Nr. 14.

83. *Maier, H. W.*, Zur Kasuistik der psychischen Impotenz. M. M. W. Nr. 40. (S. 96*.)

84. *Walter*, Ungewöhnlicher Symptomenkomplex bei einer wahrscheinlich angeborenen Muskelerkrankung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 34, H. 5, 1916. (S. 96*.)

85. *Misch, Walter*, Über Hemiplegie bei Diphtherie (6 Fälle). Neurol. Ztlbl. 1916, Nr. 22.



86. *Stiefler*, *G.*, Klin. Beitrag zur Schädigung der peripheren Nerven bei den Erfrierungen infolge Durchnässung. Ebenda Nr. 23.
87. *Fröschel's*, *E.*, Über die Behandlung von Gaumenlähmung mit kombinierter Sprachgymnastik und Paraffininjektion. Mschr. f. Ohrenkeilk. usw. 1916, Nr. 1/2.
88. *Byrnes*, *Ch. M.*, Beiderseitige vollständige isolierte Trigeminuslähmung. Johns Hopkins Hosp. Bull. 1916, Bd. 27, Nr. 303.
89. *Scheer*, *M. W. v. d.*, und *Stuurmann*, *F. J.*, Ein Fall von Herpes zoster mit anatomischem Befund. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 34, H. 1/2, 1916.

H. Oppenheim (1) vervollständigt seine von Beginn des Krieges veröffentlichten Abhandlungen über die traumatische Neurose im Kriege durch Vorführung des Beweismaterials, d. h. eines großen Teils seiner Beobachtungen, und knüpft daran Erörterungen.

Gruppe A. Typus der traumatischen Hysterie. 9 Fälle.
„ B. „ „ „ Neurasthenie. 7 Fälle.
„ C. „ „ Hystero-Neurasthenie. 5 Fälle.
„ D. „ „ traumatischen Neurose (im engeren Sinne). 22 Fälle.
„ E. „ „ kombinierten posttraumatischen organischen Nervenkrankheit und Neurose. 19 Fälle.

Ferner 7 Fälle (1 Muskelschwäche und Zittern nach Marscherschöpfung, 1 schwere traumatische Neurose durch Überanstrengung, Erregung und Verletzung, 5 Fälle mit Simulation oder Übertreibung).

Das Bild der durch Kriegsverletzungen hervorgerufenen Neurosen entspricht nach *O.* im wesentlichen dem aus den Friedenszeiten bekannten; doch sind manche bis da kaum beachtete Züge und manches Neue hervorgetreten. Die Schwierigkeit, die Gruppen scharf voneinander abzugrenzen, werden hervorgehoben; sie sind besonders groß wegen Mangels einer allgemein anerkannten Begriffsbestimmung der Hysterie. *O.* bezeichnet als Grundphänomen den abnormen Seelenzustand: Reizbarkeit, jäher, unmotivierter Stimmungswechsel, Charakteranomalien, Neigung zu explosiven Handlungen usw., Steigerung des Einflusses der Affekte auf die körperliche Sphäre in typischer Ausdrucksform, grobes Mißverhältnis zwischen Reiz und Wirkung, Entstehung und Beseitigung körperlicher Symptome auf ideagenem bzw. psychogenem Wege, und damit in der Regel verknüpfte Unbeständigkeit der Erscheinungen. Bei Hysterie ist der Affekt nur Gelegenheitsursache; Grundlage ist die Persönlichkeit mit ihrer gesteigerten Erregbarkeit und dem gesteigerten Einfluß der Gemütsbewegungen auf die körperliche Sphäre bei besonderer Physiognomie dieser Ausdrucksbewegungen, die sie durch die Fixation erhalten und wodurch sie Beziehungen zu physiologischen haben und äußerlich willkürlich produzierten (simulierten) nahestehen. Das bewußte oder unterbewußte Hinneigen zur Krankheit und das Festhalten an ihr ist häufige, aber nicht konstante Eigenschaft des Leidens.



Der neurasthenische Typus zeigt ein im ganzen einförmiges Bild; fast immer handelte es sich um Folge von Explosion von Artilleriegeschossen, daneben Überanstrengung, Entbehrung von Schlaf und Unterernährung. Kardiovaskuläre Symptome nehmen den ersten Platz ein; sie gehören zu den wichtigsten Merkmalen der traumatischen Neurosen (Neurasthenia cordis und vasomotoria). Bradykardie fand *O.* nur in einem unsicheren Falle. Auf vasomotorischer Grundlage fanden sich Schwindelanfälle und solche von Bewußtlosigkeit, nicht durch besonderen Anlaß ausgelöst. Epileptische Anfälle kamen dabei vor ohne eigentliche Beziehung zur Epilepsie; *O.* bezeichnet sie als psychasthenische Krämpfe. Öfter wurde unfreiwilliger Harnabgang vermerkt. Hyperthermie vasomotorischen Ursprungs wurde oft beobachtet; in zweifelhaften Fällen wurden innere Kliniker hinzugezogen. Bezüglich der Deutung des wiederholt beobachteten Nasenblutens bleibt *O.* zurückhaltend; es war mit Kongestionen verknüpft.

Bei den Fällen der traumatischen Neurose im engeren Sinne, Gruppe D — Symptomenbilder vom Charakter der Neurose, die aus den Grenzen der Hysterie und Neurasthenie heraustreten, ohne daß es starre Grenzen gäbe —, werden unter anderen Einzelbeobachtungen aufgeführt: Krampfanfälle mit Pupillenstarre und mit Zittern (neben hysterischen und neurasthenischen Symptomen). *O.* hält es für richtiger, auf diesen Symptomenkomplex die weniger präjudizierende Bezeichnung Neurose anzuwenden als den Krankheitsbegriff der Hysterie und Neurasthenie weiter auszudehnen, nur um die theoretisch begründete Vorstellung aufrechtzu erhalten, daß das Trauma nichts schafft, was nicht schon aus der Symptomatologie dieser nicht traumatisch entstandenen Neurosen bekannt wäre. Ferner rhythmisches Zittern, Tics, *Chvostek*sches und *Gräfe*sches Symptom — im Anschluß an Schußverletzung einer Extremität lokalisierte Lähmung, und zwar schlaffe, atonische, mit Fehlen der Sehnenphänomene, meist mit Atrophie bei normalem elektrischen Verhalten, zum Teil auch trophische Störung am Skelett; es kann auch zu Verdünnung und Verlängerung der Finger, Veränderung der Nagelgestalt, Hypertrichosis kommen. Das Verhalten des gelähmten Gliedes gleicht durchaus dem bei der atrophischen Spinallähmung, mag diese durch Poliomyelitis oder durch Hämatomyelie bedingt sein. Statt der Lähmung findet sich in manchen Fällen nur Beweglichkeitsbeschränkung auf Grund falscher Verteilung der Innervationsimpulse, eine Art von Koordinationsstörung, die sich aber von Ataxie in jeder Hinsicht unterscheidet, namentlich dadurch, daß sie sich nicht auf die Lokomotion, sondern auf die Kraftleistung bezieht und von Störung der Sensibilität nicht abhängig ist. Zittern kann sich mit dieser Lähmung verbinden. Schmerzen mögen oft den ersten Anstoß zur Ausschaltung der Bewegungen geben, haben aber keine wesentliche Rolle. Vasomotorische Störungen, meist Zyanose, sind stets dabei; ebenso Hyperidrosis. Gröbere psychische Störungen fehlten; ebenso ausgeprägte hysterische Züge. Die meisten waren leicht erregbar, klagten über Schlaflosigkeit und Stimmungsanomalien. Konstant war abnorme Erregbarkeit des Herzens, dabei oft Kongestionen, Cephalalgia vasomotoria. Vereinzelt kamen vor Kontraktur, Krampusneurose, letztere besonders an den Beinen und als länger dauernder Zustand und eine Art Intentionskrampf bildend, der pseudospastischen Parese mit Tremor



(Myotonoclonia trepidans) nahestehend. Die genauere Beschreibung aller dieser Symptome und die Unterscheidung von hysterischen muß im Original nachgelesen werden.

Gruppe E. Am häufigsten sind Fälle, in denen die Schußverletzung der Peripherie neben einer echten Neuritis oder Nervenlähmung eine Neurose, d. h. nichtorganisch begründete Symptome im Gefolge hat. Meist liegt heftiger Schmerz und Hyperästhesie vor; jeder Reiz (besonders akustische Reize und Musik), der gar nicht den verletzten Nerven direkt, nicht einmal die betroffene Extremität berührt, löst einen Schmerzanfall aus oder steigert die bestehenden Schmerzen enorm, auch schreckhafte psychische Eindrücke können diese Wirkung haben. Selbst Trockenheit der Haut wirkt als Reiz in diesem Sinne. *O.* sieht in diesen Erscheinungen die Richtigkeit seiner alten Lehre von dem reflektorischen Ursprung vieler Symptome der traumatischen Neurose. Es handelt sich hier ursächlich nicht um den primären traumatischen Reiz, der durch die Schußverletzung bedingt wurde, die Erschütterungswelle, die im Zentralnervensystem feinere (molekulare?) Veränderungen und damit die Allgemeinerscheinungen bewirkt, sondern daneben um den in gleichem Sinne wirkenden kontinuierlichen neuritischen und Fremdkörperreiz. Zur lokalen Neuritis gesellt sich, ohne psychische Vermittlung, eine Reflexneurose. Ähnlich erklären sich manche Lähmungen (siehe Original S. 217), die reflektorisch entstehen. — Es werden weiter beschrieben Fälle von Kombination einer traumatischen Erkrankung des Rückenmarks mit Neurose und von solcher des Gehirns mit Neurose. Auffallend war Unfähigkeit, den Kopf zu neigen, weil sich dabei sofort Erbrechen, Schwindel und Steigerung der Tachykardie einstellten, wodurch Zwangshaltungen, algogene Haltungsanomalien zustande kommen; wahrscheinlich ist Ursache Blutverschiebung und Hyperästhesie der entsprechenden Zentren.

In der Stellungnahme zu der Ablehnung der traumatischen Neurose vertritt *O.* seine Auffassung, daß der mechanische Akt der körperlichen Erschütterung ohne Vermittlung der Psyche funktionelle Neurosen erzeugen; ob die unkomplizierte psychische Erschütterung an sich dieselben Symptomenbilder hervorrufen kann wie das Trauma im weiteren Sinne des Wortes, bleibe noch zu erweisen. Auch die Schreckerregung enthält mindestens sehr häufig neben dem psychischen Faktor einen physischen. *O.* ist weit davon entfernt, die traumatischen Neurosen für unheilbar zu halten, selbst nicht in schweren Fällen. Es ist ein Irrtum, Krankheitserscheinungen, die Folge psychischer oder physischer Erschütterung sind, als durch Vorstellung der Funktionsbeeinträchtigung oder durch Wunsch, das Leiden festzuhalten, oder durch Furcht vor Folgen der Genesung entstanden anzusehen, wenn auch solche Momente vorkommen können; nur hat man kein Recht, sie überall da vorauszusetzen, wo die Behandlung ohne Erfolg ist.

Gaupp (2) gibt zunächst eine Deutung der Worte: organisch, funktionell, Neurose, psychogen, hysterisch, Schreckneurose, Neurasthenie, Nervosität, Psychopathie, emotionell, thymogen, ideagen, Granatkontusion, Affektepilepsie. Eine spezifische Kriegsneurose gibt es nicht. Die Zahl der Kriegsneurosen ist im Verhältnis zur Gesamtzahl unseres Heeres gering. Bei den einzelnen Volksstämmen und Völkern ist die Anfälligkeit verschieden. Der Slawe ist anfälliger als der Deutsche



(*Pilcz*), die Hysterie bei Polen nach *G.* häufig. Das Temperament des Norddeutschen scheint widerstandsfähiger als das des erregbareren Süddeutschen und Rheinländers. Hypochondrische Züge sah *G.* häufiger beim Schwaben als beim Bayern; hysterische Bilder fielen ihm am meisten beim Rheinländer auf. Kriegsfreiwillige, ungedienter Landsturm und Ersatzreserve liefern mehr Neurotiker als aktives Heer, Reserve und Landwehr. Sehr junge, ungebildete und debile Soldaten zeigen häufiger massive monosymptomatische Bilder, ältere und gebildete mehr polymorphe und Mischformen als im Frieden. In den Kriegsneurosen herrscht bei aller Mannigfaltigkeit der Zustandsbilder gewisse Monotonie der Grundzüge; vieles wiederholt sich immer wieder in fast photographischer Treue. Manche individuellen Züge werden durch militärische Erziehung und Disziplin verdeckt.

1. Neurasthenie, d. i. die durch chronische Ermüdung und Erschöpfung entstehenden körperlichen und seelischen Symptome von seiten des früher gesunden Nervensystems im Sinne von *Möbius* und *Kraepelin*. Die höheren Grade sind selten. Die Symptome werden von *G.* aufgezählt. Er hält es noch für fraglich, ob der Aufbrauch durch nervöse Erschöpfung bis zu Degeneration peripherer Nerven (*Mann*, *Nonne*) gehen kann, gibt aber zu, daß man jetzt häufiger als sonst Neuritiden unklarer Herkunft bei körperlich geschwächten Kriegern sieht. Starke Lokalisation der Klagen und Schwächen in einem einzelnen Organsystem (Herzneurose, sexuelle Neurasthenie) weist nach *G.* meist auf konstitutionelle Grundlage. Immer ist der Neurasthenie als wesentlich zu eigen tatsächliche Erschöpfung durch übermäßige Anforderungen; manchmal kann frühzeitige Arteriosklerose oder chronischer Alkoholismus das Bild im einzelnen färben. Nach Wegfall der Ursache der Erschöpfung tritt — im rüstigen Alter — Heilung ein, zwar nicht sofort, auch nicht suggestiv, sondern gemäß den allgemeinen Erfahrungen über den zeitlichen Ablauf der Erholung in Wochen und Monaten, je nach der Anlage des einzelnen.

Ein einmaliges Trauma kann nach *G.* zwar die Symptome endogener Nervosität und Psychopathie stärker und deutlicher hervortreten lassen und akute psychogene Zustände hervorrufen, aber erzeugt beim bisher ganz Gesunden keine Erschöpfungsneurasthenie; das Trauma kann aber natürlich beim bereits Erschöpften die Erscheinungen deutlicher machen und den Zusammenbruch der bisher mühsam aufrechterhaltenen Leistungsfähigkeit offenkundig werden lassen.

2. Verbindung der Erschöpfung mit psychopathischen, nervösen oder hysterischen Zügen und stärkerem Hervortreten angeborener krankhafter Reaktionsweise (paranoide, explosive, epileptoide, hypochondrisch-depressive), durch welche akut psychotische, heilbare Zustandsbilder erzeugt werden, mit großer Neigung zu Bewußtseinsspaltung und dissoziierend wirkendem Affekt. Weitaus die meisten im Kriege erkrankten Neurotiker sind labile, gemütsweiche, oft von Natur ängstliche Psychopathen (*Laudenheimer*, Arch. f. Psych. 56, H. 1) mit pathologischer Reaktion. Zur Feststellung angeborener krankhafter Anlage genügt nicht Ermittelung, ob Angehörige in einer Anstalt waren, sondern ist sorgfältige Analyse der Persönlichkeit nötig. Die meisten Neurotiker haben im Kriege objektiv, d. h. nach Maßgabe der äußeren Umstände, nicht mehr durchgemacht als ihre nicht



erkrankten Kameraden; sehr viele erkrankten schon aus relativ geringfügigen Anlässen. Die Tatsache allein, daß jemand unter Umständen erkrankt, unter denen die in objektiv gleicher Lage befindlichen Kameraden gesund blieben, beweist, daß die Bedingung des Erkrankens in erster Linie in ihm lag, wenn auch die Konstellation für ihn noch eine besondere, der äußere Tatbestand nur scheinbar für alle Beteiligten der gleiche gewesen sein mag. Bei weitaus den meisten Kriegsneurosen handelt es sich um psychopathische Reaktionen auf eine relativ zu starke Belastung der seelischen Gesundheit. Die psychogenen Erkrankungen werden von *Gaupp* kurz aufgezählt. Die Reflexlähmung lehnt er ab; er hält solche Lähmungen für psychogen entstanden, da sie prompt hypnotisch oder suggestiv beseitigt werden. Auch bei psychogenen Veränderungen des Körpers spielen sich materielle Vorgänge im Nervensystem ab, nur der Zusammenhang ist noch unbekannt. Die psychogenen Erkrankungen, die *Oppenheim* als traumatische Neurosen von der Hysterie abtrennt, trafen *Gaupp* und andere vorwiegend bei Unverwundeten, manchmal bei Leichtverwundeten, dagegen sehr selten bei Schwerverwundeten; von Übereinstimmung zwischen Schwere einer organischen Gliedschädigung und Stärke der ihr folgenden funktionellen Schädigung könne gar keine Rede sein. *Gaupp* bezweifelt, daß bei der Schreckneurose für die Entwicklung des Willens zur Krankheit keine Zeit ist; denn die Annahme einer plötzlichen Bewußtlosigkeit infolge Betäubung durch die überraschende Explosion eines Artilleriegeschosses treffe nur relativ selten zu; meist gehe der Explosion eine Zeit angstvoller Spannung voraus. Oft sei die Bewußtlosigkeit erst nach Minuten und Stunden eingetreten, nachdem die unmittelbare Gefahr überwunden und ihre ganze Größe dem reflektierenden Bewußtsein des zunächst ruhigen und ganz besonnenen Soldaten erst völlig klar geworden war. Es sei also voreilig, die meist behauptete Bewußtlosigkeit von Stunden, Tagen oder gar Wochen als sicheren Beweis einer Hirnerschütterung anzusehen; es handle sich in der Regel um eine psychogene Ohnmacht und nachfolgenden Stupor, um seelischen Schock, um jenes Erlöschen des Bewußtseins unter dem Einfluß seelischer Erschütterung, eine Schutzmaßnahme des Organismus, weil diese Ohnmacht dem Betroffenen das bewußte Erleben aller seelischen Not erspare, die aus dem hilflosen Zustande resultieren würde. Das häufige Vorkommen echter Kommotio werde dabei nicht geleugnet. Aber weitaus die Mehrzahl der Granatexplosionsstörungen gehöre ins Gebiet der psychogenen Erkrankungen. Es bleibe eine Frage der Definition, ob man die starken, schnell vorübergehenden Schreckwirkungen auf den Affekt schon pathologisch oder noch psychologisch bewerten will. Das Pathologische liege in der abnorm langen Dauer der an sich normalen Schreckwirkung oder in der nach Art und Dauer ungewöhnlichen Wirkung; immer aber handle es sich zunächst um abnorme Fixierung von Affektwirkungen, bei der das Ideagene anfänglich ganz zurücktreten könne. Wer wie er, *Gaupp*, nicht von einer Krankheit „Hysterie", sondern nur von einer hysterischen Reaktionsweise spreche und im Schreck einen hysterisierenden Faktor sehe, bedürfe nicht der Abgrenzung einer „Schreckneurose" von der Hysterie, sondern könne die psychogene Symptomatologie der Granatkontusion unter die hysterischen Reaktionsformen rechnen. Das charakterologische Moment im Begriff „hysterisch"



müsse man allerdings fortlassen. Alle schreckneurotischen Bilder fänden sich auch bei andern Formen der Hysterie, wo nicht Affektschock vorlag. Die weitere Entwicklung der Schreck- und Angstreaktionen hänge im wesentlichen von der psychischen Struktur des Geschädigten ab, meistens im Sinne der Angst- und Wunscheinflüsse, und von der Behandlung. Das beweise auch die geringe Zahl der Neurosen bei Kriegsgefangenen, bei denen alle die Momente wegfallen, die beim Neurotiker die Symptome festhalten und steigern. Die elastische Natur des gesunden Mannes, der die Notwendigkeit des Krieges bejaht, rafft sich immer wieder rasch empor; nur ein kleiner Prozentsatz unterliegt „und flüchtet sich in die Krankheit". Dem akuten Bilde gliedern sich allmählich unbestimmbare Symptome an, „neurasthenische", die aber zum Teil rein psychogen sind, zum andern Teil aus der schon vor dem Granatschock vorhandenen chronischen Erschöpfung stammen.

Eine Kommotionsneurose vermag *Gaupp* nicht anzuerkennen; die von nicht ausgeheilter Hirnerschütterung zurückbleibenden Schwächezustände rechne er nicht zur Neurose; mit der Hysterie haben sie an sich nichts zu tun; doch könne der posttraumatisch Invalide wie jeder geistig geschwächte oder seelisch geschädigte Mensch zu psychogenen Reaktionen neigen. „Wir müssen leider auch zugeben, daß unsere klinische Diagnostik nicht in allen Fällen die Unterscheidung der traumatischen organischen Hirnschwäche leichter Art von neurasthenischen, psychopathischen oder auch hysterischen Bildern ermöglicht." Andrerseits betont *Gaupp* die Tatsache, daß starke seelische Erregungen vermutlich durch tiefe Wirkung auf das vasomotorische System organische Hirnschädigung, ja vielleicht sogar den Tod herbeiführen können. Unbeeinflußbarkeit vieler psychogener Zustandsbilder durch Heilversuche spreche nicht gegen Zugehörigkeit zu Hysterie.

Friedr. Schultze (3) gibt einen neuen Rückblick über die Geschichte der traumatischen Neurose *Oppenheims*. Er konnte seinerzeit, d. i. vor 27 Jahren, eine besondere neue Abart von Neurosen, die nur durch Traumen hervorgebracht werde, nicht anerkennen, sondern sah in ihnen nur die verschiedenen Krankheitsbilder der alten. Dem Symptom der Einengung des Gesichtsfeldes wird schon seit langem nicht mehr ein besonderer Wert beigelegt; für traumatische Neurosen ist sie erst recht nicht charakteristisch. In der Frage der Simulation müsse immer wieder auf die praktische Psychologie des Lebens hingewiesen werden, die über den theoretischen psychologischen Untersuchungen über Hysterie nicht vergessen werden darf. Begehrungsvorstellungen, gemeinhin Habsucht und Wuchergeist, seien doch so gewöhnlich, daß man sich nicht zu wundern brauche, wenn Menschen, denen Rente oder Kapital winken, Kopfweh und Schwindel angeben oder übertreiben, wenn sie einmal einen leichten Stoß gegen den Kopf erlitten haben. Soll da, fragt *Schultze* mit Recht, stets eine Hysterie im Spiele sein, die vor wenigen Dezennien noch kaum von den erfahrensten Ärzten bei deutschen Männern gefunden wurde? — Nach *Charcots* Vorgehen hat man die Hypochondrie als Hysterie der Männer anzusehen sich gewöhnt; aber die hypochondrischen Zustände selbst werden bis ans Ende aller Tage als etwas Eigenartiges bestehen bleiben, möge man ihnen einen Namen aufkleben, welchen man wolle. Die Hysterie wird bei manchen Autoren fast identisch mit der gewöhnlichen einfachen nervösen Überempfindlichkeit, mit der Nervosität.



„Wenn ein gewaltiger Kraftmensch bei ganz gewaltigen Gemütserregungen einmal einen Weinkrampf bekommt, so ist das hysterisch, obwohl man es kaum überhaupt als pathologisch bezeichnen kann.“ Man spreche oft fälschlicherweise von Rentenhysterie, wo Rechthaberei, Querulantentum oder durch Gemütsbewegungen erzeugte einfache Nervosität oder Neurasthenie eine Rolle spielen.

Das Verwaschenwerden des Wortes Hysterie sei um so beklagenswerter, als es ohnehin keine feste Begriffsbestimmung dieser Neurose gebe. In bezug auf das sogenannte blaue hysterische Ödem glaubt *S.* nicht an eine direkte seelische Einwirkung auf vasomotorische oder lymphatische Apparate; bei gewolltem langem Herunterhängenlassen des Armes kann man solche Zustände an sich selbst hervorrufen. Bei „hysterischem Fieber“ handle es sich um Fieber aus unbekannter Ursache bei Hysterischen, wenn auch leichte Temperatursteigerungen bei Aufregung vorkommen.

Umgekehrt wird von manchen der Begriff Neurasthenie übermäßig eingeengt. Viel zu oft werden reine Psychosen leichteren Grades, besonders Angstzustände, Depressionen, mit dem verschleiernden Namen der Neurasthenie fälschlich belegt, selbst vom rein wissenschaftlichen Standpunkte, nicht bloß dem Kranken gegenüber. *S.* unterscheidet 1. einfache Nervosität (oder geringe Neurasthenie) — bei leichteren nervösen Schwächezuständen, die sich in der Regel mit gesteigerter Reizbarkeit verbinden; 2. Neurasthenie im allgemeinen — bei stärkeren Schwächezuständen, die auch nach einmaligen stärkeren Traumen auftreten können; 3. Psychasthenie—bei Schwächezuständen, die mehr die seelischen und geistigen Funktionen betreffen; 4. nervöse Erschöpfungszustände. Andrerseits hält *S.* es für notwendig, zu unterscheiden zwischen sekundärer und primärer Neurasthenie; erstere umfaßt die durch körperliche Krankheitszustände bedingten Zustände reizbarer Nervenschwäche, letztere die ohne solche Ursachen entstandenen. Der bessere Diagnostiker ist, der die Diagnose primäre, reine Neurasthenie am seltensten stellt. Alle neurasthenischen Störungen als psychogene aufzufassen, gehe viel zu weit.

Traumatische Neurosen *Oppenheims* im engeren Sinne hat *S.* unter den Kriegsneurosen ebenfalls gesehen, nimmt aber in solchen Fällen viel öfter Hysterie und Hystero-Neurasthenie an als er; andrerseits hält er es mit ihm für zu weitgehend, alle nicht auf nachweisbar organische Störungen zurückzuführenden funktionellen Reiz- und Ausfallerscheinungen für psychogen zu erklären; denn es müsse z. B. nach Kommotionen alle möglichen Übergänge zwischen schwereren und leichteren, gerade noch nachweisbaren bis zu nicht mehr nachweisbaren, rein physikalischen und chemischen Veränderungen geben; dabei könne die Seele sekundär beteiligt sein und können sich hypochondrische, depressive, hysterische Störungen anschließen. Die Akinesia amnestica *Oppenheims* rechnet *S.* zur Hysterie, ebenso die traumatische Reflexlähmung, die *S.* aber mehr als funktionelle Lähmung ansprechen möchte. — *S.* hält es für zweckmäßig, das Wort „traumatisch“ in seine verschiedenen Unterarten zu zerlegen und von Schreckneurosen, Kommotionsneurosen, Erschöpfungsneurosen usw. zu sprechen.

R. Wollenberg (4) versteht unter Neurosen Krankheitszustände, bei denen nervöse Mechanismen zeitweise nicht richtig arbeiten, ohne daß organische Ver-



änderungen vorlägen, Vorgänge, die man auch als Betriebs- oder dynamische Störungen bezeichnen könne. Unter Ausscheidung der psychopathischen Angst- und Zwangszustände unterscheidet er 2 Gruppen Neurosen, die eine im Psychisch-Nervösen wurzelnd, die andere im Somatisch-Nervösen, also Psychoneurosen und Somatoneurosen. *W.* will in seinem Vortrag nur die Formen in Betracht ziehen, die unter psychischen Einwirkungen entstanden sind. Bei dem Kriegsneurosenmaterial ergibt sich nur eine kleine Zahl verschiedener Typen und eine verhältnismäßig einfache Formel für ihre Einteilung nach der Einwirkung der erschöpfenden und der erregenden Umstände, und in eine Neurasthenie (erworbene nervöse Erschöpfung) und Hysteriegruppe. Bei letzterer besteht oft ein Ausschließungsverhältnis zwischen ernsterer Verwundung und Erkrankung. Auch sind die hysterischen Störungen beim Offizier und beim gebildeten Soldaten seltener. Die Hysteriegruppe der Kriegsneurosen hat mehr einen demokratischen, die Neurastheniegruppe mehr einen aristokratischen Einschlag. Beiden Gruppen ist gemeinsam die häufig außerordentlich starke Beteiligung des Vasomotoriums, was auf die heftigen und dauernden Affektstöße zu beziehen und worin wenigstens eine quantitative Besonderheit der Kriegsneurosen anzuerkennen sei; im übrigen haben wir es mit neuartigen Krankheitserscheinungen nicht zu tun; es gibt eine spezifische Kriegsneurose ebensowenig wie eine spezifische Kriegspsychose (*Wollenberg*, M. M. W. 1914, Nervöse Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern). Jedermann ist in entsprechender Lage neurastheniefähig; Neurasthenie (nervöse Erschöpfung) kann auch vom Gesunden erworben werden, wenn sie auch beim konstitutionell Schwachen besonders häufig ist. Die sogenannte neurasthenische Depression hat konstitutionelle Veranlagung zur Voraussetzung. Nach der früheren Auffassung der Hysterie als eines konstitutionell psychopathischen Dauerzustandes könnte man die vielfach bei vorher Gesunden auftretenden, rasch vorübergehenden hysterischen Symptome nicht zur Hysterie rechnen. Aber wir sehen heute in Hysterie keine Krankheit mehr, sondern nur eine krankhafte Disposition besonderer Art, welche zwar bei den Entartungsstörungen besonders häufig ist, aber als besondere Reaktionsform auch unter andern Umständen vorübergehend vorkommt (Hysterie des Entwicklungsalters, Alkoholhysterie, Unfallhysterie, Hafthysterie). Es handelt sich lediglich um eine krankhafte Affektbeweglichkeit mit eigenartiger Wirkung auf die geistige und körperliche Funktion derart, daß unter dem Einfluß von Gemütsbewegungen Reaktionen von krankhafter Form und Dauer auftreten; diese hysterischen Reaktionen haben mit irgendwelchen bewußten Vorstellungen nichts zu tun; sie sind wie die physiologischen körperlichen Begleiterscheinungen der Affekte auch zum großen Teil der Willkür entzogen. Sie sind „thymogen“, im Gegensatz zu den „ideagenen“, bewußt vorgestellten Krankheitserscheinungen der Hypochondrie. Man kann sich bei Hysterie als Grundlage vorstellen das Fehlen oder Versagen gewisser innerer Mechanismen, welche in der Norm Dämpfung oder Ausgleich der Affekterregungen bewirken sollen. Infolge Unfähigkeit, mit Gemütsbewegungen fertig zu werden, kommt es zu intra- und extrapsychischen Entladungen, erstere als Teilausschaltungen des Bewußtseins, letztere als körperliche Erscheinungen der Hysterie (dabei Verwendung stammesgeschichtlich alter, urwüchsiger Abwehr- und Schutzvor-



richtungen, instinktive, auf Sicherung und Förderung des Individuums gerichtete Betätigungen). Unter entsprechenden Umständen kann jeder hysterisch reagieren; die hierbei wirksamen inneren Kräfte sind provozierende, determinierende und fixierende. — Zur Behandlung wurde vorzugsweise angewandt eindringlichste Wachsuggestion und planmäßige Übung und elektrische Ströme, ohne Schockwirkung. Auch in hartnäckigen Fällen wurden damit gute Erfolge erzielt. Ausgewählte Beschäftigung.

Nach *E. Jendrássik* (5) gehören die Fälle von Kriegsneurose in der großen Mehrzahl der Hysterie an. Nicht nur die Kranken werden durch die Ärzte und durch ihre Umgebung suggeriert, sondern auch die Ärzte durch die Kranken. Gesichtsfeldeinengung, Hemianästhesie, Krämpfe gehören nicht dem Wesen der Krankheit an, sondern sind suggeriert. *Charcots* Phasen der Hypnose sind nichts anderes als Rücksuggestion durch den Kranken. Nicht nur plötzliche Unfälle, sondern länger dauernde psychische Traumen, und zwar die nicht richtig verfaßten, rein juridisch geschaffenen Gesetze, die aufregenden Gerichtsverhandlungen, Beratungen mit spitzfindigen Advokaten und anderen Ratgebern, jetzt auch das Kriegselend, können Hysterie bewirken. Nach Friedensschluß werden die Kriegsneurosen wesentlich besser heilen. Daß bei rasch erfolgender Abfindung viel mehr geheilt werden als beim Rentensystem, beweist, daß ersteres System besseren Heileinfluß besitzt, nicht aber, daß Pat. lediglich Rentenquerulant war. Auffallend ist, daß nach der angeblich manchmal länger dauernden Bewußtlosigkeit nach Explosionen nahezu in keinem Falle von schwereren Erscheinungen wie Erbrechen, Blutung, Kopfschmerz, Bradykardie, Doppeltsehen, also den Symptomen einer Gehirnerschütterung, die Rede ist, weshalb *J.* glaubt, daß hier die Bewußtlosigkeit nicht vom Trauma direkt entstanden, sondern ein hysterischer Ohnmachtsanfall ist. Die Symptome der Kriegsneurose weichen gar nicht von denen der Hysterie ab, die Störungen können kurzweg absuggeriert werden. Unter Leuten, die gar keine mechanischen Traumen erlitten hatten, auch bei Nichtsoldaten, Frauen und Mädchen sah *J.* ganz dieselben Symptome wie bei Soldaten-Neurotikern. Die entstandene Neurose ist nach *J.* der eigentliche Beweis, daß der Mann hysterisch veranlagt war; sie ist ein klassisches Versuchsergebnis, sie beweist mehr als die Anamnese beweisen könnte. Die Größe des Reizes ist nicht maßgebend; manche Hysterische sind kleinen Ursachen gegenüber widerstandslos, weisen aber bei großen Begebenheiten oft unerwartete Geistesstärke auf, welch letztere allerdings häufiger bei Neurasthenikern. *J.* kann nicht zugeben, daß der Begriff der Hysterie ein allzu unbestimmter ist und seine Umgrenzung von der persönlichen Überzeugung des Arztes abhänge; sie sei klinisch genügend scharf gekennzeichnet. Bei der Behandlung wird auf seelische, gesellschaftliche Isolierung und Bettruhe großer Wert gelegt.

H. Oppenheim (7) setzt sich über die traumatische Neurose mit *Goldscheider*, *Bonhöffer*, *Stier* und *Gaupp* auseinander. Gegenüber der Kritik des ersteren weist er nach, daß die Meinungsverschiedenheiten gar keine wesentlichen seien, daß er sogar berechtigt sei, in *G.*s Darlegungen sehr weitgehende Bestätigung und experimentelle Begründung seiner — *O.*s — Lehren zu begrüßen. Auf den mechanischen Faktor, der beim Schreck der Granatexplosion durch die physikalische Übererregbar-

keit gegeben ist, weist *O.* erneut hin. — Aus der derzeitigen posttraumatischen Symptomatologie die psychopathische Konstitution herauszulesen, das gehe nur an unter der Voraussetzung, daß ihre Existenz schon ein Beweis für ihre Präexistenz ist; das wird von *O.* gegen *Gaupp* bzw. *Bonhöffer* angeführt, für die es sich bei weitaus den meisten Kriegsneurosen um psychopathische Reaktion auf relativ zu starke Belastung der Gesundheit handelt. Ein häufiger Irrtum sei, daß der Begriff der individuellen Krankheitsbereitschaft vielfach mit dem der psychopathischen Diathese verwechselt wird. *O.* bestreitet mit Entschiedenheit die Berechtigung, aus der Tatsache, daß ein Mensch infolge eines psychischen oder mechanischen Insultes an einer hartnäckigen Neurose erkrankt, auf eine prämorbide Persönlichkeit zu schließen, und die Kriegsneurosen als psychopathische Reaktionen von gesetzlichen Ansprüchen auf Kriegsversorgung auszuschließen. — Die Behauptung, daß traumatische Neurosen mit Vorliebe bei Unverwundeten, selten bei Schwerverwundeten vorkommen, widerlegt *O.* mit dem Hinweis, daß in den 68 Krankengeschichten seiner Monographie, 1916, es sich mit wenigen Ausnahmen um erhebliche, zum Teil sogar schwere Verwundungen handelt. Wenn *G.* betont, daß so viele dieselben Insulte ohne Folgen überstehen, so weist er, *O.*, darauf hin, wieviele Kinder an Diphtherie erkranken, ohne von Lähmung befallen zu werden.

Nägeli (8) vergleicht *Oppenheims* Auffassung über die traumatische Neurose aus dem Jahre 1892 mit dessen heutiger, im Hinblick darauf, daß *O.* in oben erwähnter Studie über die Neurosen infolge Kriegsverletzungen diese mit seinen traumatischen Neurosen identifiziert hat. Zunächst hält es *N.* für dringend nötig, die Fühlung zwischen Neurologie und innerer Medizin wieder enger zu gestalten; sie würde den Neurologen vor der zu engen Auffassung und zu großen Bewertung gewisser Symptome bewahren und die Entstehung mancher Erscheinungen mehr auf innere und viszeral nervöse, innersekretorische Wege leiten. — *O.*s Begriff Neurasthenie liege noch in ganz alter Prägung vor; sie unterscheide sich grundsätzlich von der Umgrenzung, die *Kraepelin* gegeben und die *N.* auch für richtig hält. Neurasthenie kommt bei Unfallneurosen überhaupt nicht in Betracht; psychologische Untersuchungen, besonders die Ergebnisse der Additionsmethode sprechen gegen das Vorliegen einer Erschöpfung; aber auch die enorme Kraft und Ausdauer des Willens bei den Unfall- und Begehrungsneurosen. *N.* will deshalb auch den Ausdruck Herzneurasthenie nicht gelten lassen, auch nicht die Neurasthenia vasomotoria, weil hier nicht echte Erschöpfung, Affekte und psychische Vorstellungen zugrunde liegen. Das wird bewiesen dadurch, daß außerordentlich viele Erscheinungen, auch hohe Pulszahlen, nur in der Gegenwart des Arztes und bei Untersuchung durch den Arzt vorhanden sind, aber im gewöhnlichen Leben nicht bestehen. *N.* hält es für unmöglich, die neurotischen Symptome in hysterische und neurasthenische zu spalten; Tachykardie, fibrilläres Zittern, gesteigerte Sehnenreflexe, Temperatursteigerung, Alopezie, Schwindel, Schlaflosigkeit, Gehörsüberempfindlichkeit, Kopfweh, Reizbarkeit, Erscheinungen, die *O.* zur Neurasthenie rechnet, können auch ohne jede erworbene Erschöpfung zustande kommen. Mit der Annahme einer Kombination von Hysterie und Neurasthenie trifft man den Kern der Sache nicht; es liege tatsächlich eine psychogenetisch einheitliche Neurose vor. Auch

die frühere Unfallhypochondrie sei ja endgültig aufgehoben, die hypochondrischen Krankheitszeichen seien als mehreren Neurosen zukommende Erscheinungen aufzufassen. Die traumatischen Neurosen sind früher in Bedeutung und Schwere weit überschätzt worden, wie ja *O.* selbst darüber klage, daß von seiner Lehre von der traumatischen Neurose unter den zahlreichen Einwänden kaum mehr als die Rentenhysterie und allenfalls die Rentenneurose übrig bleibe. Als Gründe führt *N.* an: 1. Früher sind die neurologischen Zeichen und Momente ganz in den Vordergrund gestellt worden gegenüber den psychischen. Die traumatische Neurose aber ist eigentlich eine Psychose. 2. Die neurologischen Symptome beruhten fast ausschließlich auf der Hysterielehre von *Charcot* unter Betonung der Bedeutung von Anästhesien, Hyperästhesien, Analgesien, konzentrischer Einengung des Gesichtsfeldes, Abstumpfung des Gehörs, Steigerung der Sehnenreflexe, Abschwächung der Sehnenreflexe, vasomotorischen Störungen, fibrillärem Muskelzittern, Erweiterung der Pupille auf der schmerzempfindlichen Seite; *N.* hält diese Befunde für enorm überschätzt, ja vielfach ganz bedeutungslos und manchmal für durch die ärztliche Untersuchung suggeriert. 3. Die unberechtigte Vermengung organischer Erkrankungen mit Neurosen nach Unfällen, besonders mit schweren organischen Kommotionsneurosen, mit andern organischen Affekten wie Neuritiden, mit schwerer Atherosklerose und Herzinsuffizienz, deren Entwicklung nach Unfällen fraglich bleibt. 4. Mangelnde Nachforschung über das Endschicksal der Erkrankten und die Unmöglichkeit, reine Endresultate unter dem System der Rentenabfindung zu bekommen. 5. Die allzu naive Verkennung der ungeheuren Bedeutung von Begehrungsvorstellungen und deren Entwicklung zu Übertreibung und Simulation.

N. sieht in *O.*s Fällen in der Monographie von 1892 fast ausnahmslos Hysterien. Er zählt nun weiter auf und weist an der Kasuistik *O.*s 1916, nach, wieweit in der Einschätzung des Wertes der Symptome gegenüber früher eine Änderung eingetreten ist. und zwar bezüglich *O.*s Ansichten über die Kriegsneurosen.

1. Anästhesien, Analgesien; die Bewertung sehr stark zurückgegangen.

2. Abschwächung und Fehlen der Hautreflexe spielen bei den heutigen Neurosen so gut wie gar keine Rolle mehr.

3. Das konzentrische Gesichtsfeld spielt in den Kriegsneurosen gar keine Rolle mehr; früher galt es für eines der konstantesten Symptome der traumatischen Neurosen.

4. Die weitere Pupille auf der Seite der Schmerzen wird in *O.*s Kriegsneurosen nur noch 3mal erwähnt, und zwar nur als Spur und mit Fragezeichen. Das Zeichen ist also „außer Mode gekommen".

5. Die Störungen der Motilität sind die unangefochtenen, wichtigsten Symptome wie früher geblieben; doch besteht bei *O.* abweichende Ansicht über ihre psychogene Entstehung.

6. Steigerung der Sehnenreflexe und Fehlen von Schleimhautreflexen: bezüglich der geringen Bedeutung Übereinstimmung zwischen *N.* und *O.*

7. Das Psychische wird jetzt bei *O.* eingehender geschildert als früher. Neue, in den Vordergrund geschobene neurologische Zeichen.

8. Vasomotorische Symptome. Fieber, das in 12 Fällen als neurotisches erklärt wird; der Beweis für die neurotische Entstehung fehlt.

Für den Schwindel hält *N.* die Annahme einer Mißempfindung psychogener Natur für wahrscheinlicher als eine vasomotorische Ursache. Nasenbluten als vasomotorisches Zeichen bezweifelt *N.* Kardiovaskuläre Symptome: Zunächst müßte „für jeden Fall die Pulszahl des Arztes und der Krankenschwester einander gegenübergestellt werden". Bei Unregelmäßigkeit müsse zuerst und sofort auf banale, unschuldige Arythmia respiratoria geprüft werden, die nach *N.*s Beobachtungen bei Kriegsneurosen der Hauptgrund für die Pulsunregelmäßigkeit ist. Auch bei Hyperämischen müsse scharfe Charakterisierung verlangt werden.

9. Trophische Erscheinungen. Knochenatrophie an den Fingern am unbewegt gehaltenen Arm hat mit Neurose nichts zu tun. Schnelleres Wachstum der Nägel — bedarf noch genauere Messung vor Erörterung. Verlängerung der Finger bei Neurosen Erwachsener ist nur eine scheinbare.

10. Viszeralnervöse und innersekretorische Vorgänge. Ihre Nichtberücksichtigung sei bei *O.* auffällig. Distal stärker werdende Zyanose kann durch Inaktivität entstanden sein, aber auch auf viszeralnervösem Wege schon früher bestanden haben. Bei Bewertung des *Gräfe*schen und *Chvostek*schen Zeichens gegen die psychogene Abstammung der Neurosen hätten die innersekretorischen Funktionen genau geprüft werden müssen.

Wo in der Anamnese nach Granatexplosionen von längerer Bewußtlosigkeit die Rede ist, kann es sich um grobe organische Veränderungen im Gehirn gehandelt haben; es bestehen Bedenken, solche Fälle zu Hysterie oder traumatischer Neurasthenie zu rechnen, wenn auch Hysterisches und Neurasthenisches beigegeben sein mag.

Die von *O.* als nicht psychogen, sondern als traumatisch-neurotisch entstanden erklärte pseudospastische Parese mit Tremor sah *N.* ohne jede Verletzung, selbst bei Leuten, die noch nicht an der Front waren, auftreten, durchaus zweifellos unter dem Einfluß psychischer Vorgänge. Auch die Krampusneurose spricht nicht gegen ideogenen Ursprung. Schließlich beanstandet *N.* den neurotischen Charakter der Akinesia amnestica und der Reflexlähmung *O.*s und betont, wie *O.* seit 1892 die ungünstige Prognosenstellung bei seiner traumatischen Neurose aufgegeben hat.

A. Hauptmann (9) meint, daß bei der Erörterung des Themas: Kriegsneurosen und traumatische Neurosen die Begriffe „einem unter der Hand zerrinnen". Es gibt keine kriegsneurotischen Patienten, bei welchen nur pathologische Affektäußerungen das Krankheitsbild ausmachen oder nur hysterische Erscheinungen vorliegen; bei auf dem Wege der Vorstellung entstandenen Krankheitsformen ist der Affekt immer irgendwie mitbeteiligt; weder kann ein emotiver Reiz, ohne mit Hife der Vorstellung weiter verarbeitet zu sein, einen krankhaften Zustand hervorrufen noch viel weniger die Vorstellung allein ohne Mitwirkung eines Affektes. Mit der Annahme molekularer Veränderungen (*Oppenheim*) bei der traumatischen Neurose kommen wir nicht weiter. Die psychogene Erklärung der Symptome reicht aus. Der Auffassung, der überstarken Erregung des Akustikus beim Platzen einer Granate und der Fortleitung des Reizes zum Gehirn die Schuld an der sich an dies Trauma anschließenden Neurose beizumessen, hält *H.* entgegen, daß der nicht minder starke Knall beim Abfeuern des eigenen Geschützes noch bei keinem



Kanonier eine solche nervöse Störung zur Folge gehabt habe, und den Fall von dem im Schlafe von einer Granatexplosion überraschten Manne, der keinerlei nervöse Folgeerscheinungen hatte. Bis zu gewissem Grade könne man nach *H.* aus der psychischen Abhängigkeit der Symptome von der psychischen Behandlung auf die Entstehung einen Schluß ziehen, wenn auch die Äußerungen organischer Erkrankungen in verschiedenem Umfange psychisch abhängig sind. H. kennt „eigentlich keinen Fall, vom heftigsten Tic oder stärksten Tremor bis zur funktionellen Lähmung, von der einfachen depressiv-reizbaren Verstimmung bis zum schwersten Darniederliegen jeder Willensfunktion, wo nicht in der markantesten Weise sich die psychische Abhängigkeit erwies. Jede ärztliche Visite bildete ein so erhebliches Trauma, daß ich aus therapeutischen Rücksichten (in gleicher Weise wie erfahrene Kollegen in andern Nervenlazaretten) sie bei gewissen Patienten auf ein Mindestmaß einschränkte ....". Aus dem Versagen von Suggestion und Hypnose darf man nie den Schluß ziehen auf organischen Ursprung. Daher steht *H.* der Akinesia amnestica, die auf psychische Beeinflussung im Gegensatz zu psychogenen Lähmungen nicht reagierte, skeptisch gegenüber. Die Persönlichkeit des Arztes spielt bei diesen suggestiven Maßnahmen eine zu wesentliche Rolle. Ein Kranker *H.*s mit dem typischen Bilde der Neurose nach Minenverschüttung verlor seine Symptome im Anschluß an Sturz von einem kleinen Bergabhang bei einem Spaziergang. Mindestens in der Hälfte der Fälle bilden sich die neurotischen Erscheinungen erst nach Stunden und Tagen, manchmal noch viel länger nach der Granatexplosion aus, zuweilen erst, nachdem der Zustand der leichten Bewußtseinstrübung geschwunden war und als die Betroffenen die gefahrvolle Situation in der Erinnerung neu erlebten. *H.* ist für Verwendung der Bezeichnung Schreckneurose; nur fiel es ihm auf, daß die Neurotiker, die durch seine Hände gingen, fast sämtlich unverletzte Soldaten waren; er sah wohl nach Verwundungen, auch solchen, die mit heftigem Schreck einhergegangen waren, monoplegische hysterische Lähmungen oder Sensibilitätsstörungen, aber äußerst selten das Ensemble der Symptome wie bei den unverwundeten Schreckneurotikern, bei denen also eine psychogene Verarbeitung des Schrecks, die aber mit Simulation nichts zu tun habe, vorliegen müsse, während dort die physiologischen Wirkungen des Schrecks abklingen. Unter den Neurotikern finden sich sehr viele Leute mit nervösen Beschwerden in der Anamnese. — Mit der Bezeichnung Commotio cerebri wird Mißbrauch getrieben. Allerdings ist unmittelbar nach der Explosion die Entscheidung schwierig, ob einfache Ohnmacht infolge heftigen Schrecks oder Commotio cerebri; wichtig sind u. a. Schwere der Bewußtseinstrübung, Anomalien von Puls und Atmung, organische Symptome, die nach dem Erwachen noch bestehen. Wichtig sind Lumbalpunktionen, auch therapeutisch. Die weitaus häufigste Ursache der Kriegsneurosen ist Schreck; für solche Fälle soll man nach *H.* die Bezeichnung Schreckneurose gebrauchen, worunter er versteht „eine durch emotionelle Momente ausgelöste, psychogen verarbeitete seelische Erkrankung, welcher keine somatische Schädigung des Nervensystems entspricht, die im Prinzip daher auch relativ rasch durch Beseitigung der auf dem Gebiete der Vorstellung liegenden krankmachenden Faktoren heilbar ist".



A. Strümpell (10) hält die Gegenüberstellung von organischen und funktionellen Erkrankungen schon deshalb für recht bedenklich, weil eine Abweichung der Funktion ohne irgendeine wenn auch noch so geringe Veränderung in dem körperlichen Bestande des funktionierenden Organs nicht gedacht werden kann. Die Unterscheidung zwischen organischen und funktionellen Erkrankungen bedeutet auch nicht die Feststellung zweier grundsätzlich vollkommen getrennter Krankheitsformen, sondern nur die Festsetzung der Nachweisbarkeit der vorhandenen körperlich-geweblichen Veränderungen; diese können aber nur anhaltendem Gewebsverluste und dauerndem Untergang der organischen Struktur entsprechen, zu Lebzeiten einem dauernden Ausfall an Funktion. Daher besteht die Symptomatologie aller sogenannten organischen Erkrankungen stets im wesentlichen aus Ausfallsymptomen, Lähmungen, Anästhesien, Reflexverlusten, Koordinatonsverlusten Demenz und dergleichen. Bei den im wesentlichen mit Reizsymptomen einhergehenden Nervenkrankheiten handelt es sich nicht um dauernde Gewebsdefekte; sie sind von Zeiten völliger Gesundheit unterbrochen; sie werden als funktionelle definiert. Diese funktionellen Nervenkrankheiten werden in somatische und psychogene Neurosen unterschieden; bei letzteren ist eine Störung der Bewußtseinsvorgänge die wesentliche Ursache der krankhaften Erscheinungen. Die echten hysterischen Erkrankungen, viele Fälle sogenannter Neurasthenie, alle Angstneurosen und dergleichen sind rein psychogenen Ursprungs. Es bleibt jedoch eine Reihe von Krankheitsformen übrig, wo ihm, *Strümpell*, die Entscheidung bis jetzt zuweilen unmöglich erscheint, so gewisse Formen des Tremors, manche Ticzustände und Myoklonien, manche vasomotorische und sekretorische Neurosen. Auch kann anscheinend oft genug die gestörte psychische Funktion sekundäre somatische Funktionsstörungen (nicht nur einfache somatische Folgezustände) nach sich ziehen oder es können funktionelle Störungen auf somatischem und psychischem Gebiete nebeneinander bestehen. Die scharfe Abgrenzung der somatischen von den psychogenen funktionellen Störungen ist kaum in einem andern Gebiete so schwierig wie in dem der sogenannten traumatischen Neurosen. Im Plural ist dieser Ausdruck berechtigt, nicht aber als besondere Form der Neurosen, als „traumatische Neurose". Jeder Fall einer nach Trauma entstandenen nervösen Erkrankung ist einzeln zu beurteilen. Wenn auch ein Trauma, sei es durch die materielle Erschütterung, sei es durch den gleichzeitigen psychischen Schock (das „psychische Trauma") auch zu somatischen Funktionsstörungen führen kann, so sind doch diese traumatisch bedingten funktionellen Betriebsstörungen vorübergehender Natur. Daß geringfügige traumatische Einflüsse an weniger empfindlichen Teilen des Nervensystems dauernde somatische Funktionsstörungen zur Folge haben, während sich das Gehirn von der stärksten Commotio cerebri in wenigen Tagen oder Wochen vollständig und restlos erholen kann, und diese Commotio ist doch zum Teil auch somatisch-funktionelle Neurose — davon ist der Grund die dauernde Bewußtseinsänderung, die bei dem Kranken durch das Trauma eingetreten ist, aber nicht als Folge des materiellen Traumas, „sondern nur die Folge der das Trauma begleitenden sonstigen seelischen Einwirkungen, das heißt die Folge der nach dem Trauma eingetretenen Änderung in dem Vorstellungsleben des Kranken". Nicht die primären Folgen des





Traumas (der anfängliche Kopfschmerz und Schwindel, die anfängliche Bewegungsbehinderung usw.) bilden den eigentlichen Symptomeninhalt dieser Form der „traumatischen Neurosen", sondern das anhaltende, sekundär entstandene, allgemein bekannte Krankheitsbild der gewöhnlichen „Unfallneurose". Nur dasjenige Trauma, das zugleich ein „Unfall", d. h. mit Ansprüchen auf Entschädigung und Mitleid verbunden ist, führt zu dieser Form der Neurose. Bei den somatischen traumatischen Neurosen von Sportsleuten sind die Symptome in Tagen oder Wochen geschwunden. Die Unfallneurosen im engeren Sinne unterscheiden sich von den übrigen rein traumatischen Neurosen einzig und allein durch das besondere geistige Verhalten der beunfallten Kranken bezüglich des Unfalls und dessen vermeintliche Folgen. Der Unfall verändert in vielen Fällen das Vorstellungsleben der Kranken im Sinne hartnäckigen Haftenbleibens gewisser neu auftauchender Vorstellungen, das die eigentliche und einzige Ursache ist davon, daß das Krankheitsbild jene allgemein bekannten besonderen Charakter der Unfallneurosen und „unzweifelhaft jetzt auch vieler „Kriegsneurosen" annimmt". Jeder einzelne Fall solcher psychogener Erkrankung bedarf einer besonderen Psychoanalyse hinsichtlich etwaiger Begehrungs-, Wunsch-, ängstlicher Erwartungs- und fixierter Rechtsvorstellungen. Dieselben Vorgänge spielen auch bei den Schreck-, Erschütterungs-, Granatexplosionsneurosen und dergleichen „die wichtigste Rolle". Die anfänglichen ersten Folgen einer so ungeheuren psychischen Einwirkung erstrecken sich mithin auf das körperliche Gebiet, es sind aber nur vorübergehende Einflüsse; nur wenn der psychische Schock ein schon vorher krankes Nervensystem trifft, kann er dauernde Krankheitszustände auslösen, meist in der Form der sogenannten hysterischen Funktionsstörung, fast stets und hauptsächlich bewirkt durch die sekundäre, durch den Eintritt neuer Vorstellungsreihen bedingte dauernde Veränderung des Bewußseinsinhalts — bei allen Formen der Schreckneurosen und gewiß auch bei den im Kriege entstandenen. Nur in relativ seltenen Fällen — bei gewissen klonischen Krampfzuständen, Myoklonien, Tics und dergleichen — kann ein heftiges psychisches Trauma an sich dauernde funktionelle somatische Störungen zur Folge haben; doch soll man mit dem Urteil sehr zurückhaltend sein. Die Diagnose „Reflexneurose" soll man nicht ohne die zwingendsten Gründe stellen; *S.* hat noch nie einen sicheren Fall von „Reflexlähmung" oder „Reflexkrämpfen" gesehen; eine „Akinesia amnestica" kann man grundsätzlich nicht von den hysterischen Lähmungen unterscheiden. Andererseits soll man es sich mit der Annahme „der hysterischen, das heißt psychogenen Natur" eines Krankheitsfalles nicht zu bequem machen. Die sichere Entscheidung im einzelnen Falle, ob anatomische Erkrankung der Nervenorgane, ob somatische funktionelle Neurose oder Psychoneurose, macht auch dem erfahrenen Untersucher oft große und nur schwer zu überwindende Schwierigkeiten. An sich und ohne weiteres ermöglichen die richtige Erkennung als psychogener Erscheinungen vor allem die mannigfachen Formen psychomotorischer Reizsymptome, gewisse Formen des Zitterns, der Schüttelkrämpfe, vor allem aber der Affekt-, Wein-, Schrei-, Atemkrämpfe, die zuweilen so bizarren Formen krankhafter Singultus- und Ruktusbewegungen, in denen namentlich gewisse jüdische Patienten wahre Virtuosen sind. Es werden weiter angeführt Anästhesien, typische



Hemianästhesien, Möglichkeit leichter suggestiver Produktion der Anästhesien und der Krampfanfälle (hier ist der negative Ausfall des Versuches nicht beweisend). Dem gegenüber werden die von Zerstörung des Gewebes abhängenden bekannten Ausfallsymptome beschrieben. Mit der Verwertung gesteigerter Sehnenreflexe für die Annahme organischer Art der Erkrankung soll man vorsichtig sein. Wichtig sind die reflexogenen Zonen, d. i. das gesamte Gebiet, von dessen Reizung aus der betreffende Reflex ausgelöst werden kann; bei organischen nervösen Erkrankungen kann man den etwa vorhandenen lebhaften Patellarreflex sehr häufig auch durch Beklopfen der ganzen vorderen Tibiafläche bis unten herab oder mindestens von den oberen 2 Dritteln aus hervorrufen, besonders bei Spinalerkrankungen, seltener bei zerebralen Hemiplegien.

L. Mann (11) entnimmt den bisherigen Statistiken (*Nonne*, Neurol. Ztlbl. 1916, S. 136, und *Marburg*, W. Klin. Wschr. 1916, Nr. 10), daß von den von der Front zurückgekommenen verletzten Kriegern durchschnittlich nur etwa 1% (*Nonne* 1,4%, *Marburg* 0,6%) neurotische Symptome haben; dieser Prozentsatz stimmt auffallend überein mit den Friedensverhältnissen: *Merzbacher* (Ztlbl. f. Nervenhlk. u. Psych. 1906, S. 905) fand unter 1370 entschädigungspflichtigen Unfällen nur 13 Fälle von sich an den Unfall anschließender Neurose, also 0,9 Proz. Nach *Manns* Material können auch ganz gesunde, sogar robuste Naturen auf die ungewöhnlich schweren Kriegstraumen mit Neurosen reagieren. Leute, die jahrelang die schweren Strapazen und Entbehrungen des Krieges ohne jedes Versagen und mit Auszeichnung überstanden haben, dann aber doch im Anschluß an ein Trauma an einer Neurose erkrankt sind, können vorher nicht psychopathisch degenerierte und minderwertige Schwächlinge gewesen sein, und *M.* stimmt *Hoche* bei, daß infolge der schweren Strapazen und Traumen des Krieges jeder Feldzugsteilnehmer fähig sei, an Neurose zu erkranken, entgegen *Bonhöffer* (Neurol. Ztlbl. 1916, S. 476), der bei der ganz überwiegenden Zahl der Neurotiker psychopathische Konstitution nachweisen zu können glaube und bei dem kleinen Rest es nicht als ganz sicher ansehe, ob nicht doch solche Konstitution vorgelegen habe. Nach *Forster* (Mschr. f. Psych. Bd. 38, H. 1 u. 2) sogar erwirbt ein nicht neuropathisch veranlagter Mensch durch die Verletzungen und Schrecken des Krieges niemals eine traumatische Neurose, und nach *Seelert* (ebenda H. 6) sind die traumatischen Neurosen „die Reaktion eines neuropathischen Individuums auf das Erlebnis des Unfalls und dessen noch weiter wirkende soziale Folgen", ähnlich der Formulierung von *Sachs* aus der Friedenszeit (Die Unfallneurose usw. 1909), wonach die Unfallneurose „die Reaktion des Degenerierten auf einen zur Rente berechtigenden Unfall" sei. Andere — sehr viele — Autoren, die *Mann* zitiert, haben jedoch bezüglich Kriegsneurosen zahlenmäßig angegeben, daß die Hälfte oder auch mehr der Erkrankten keine Spur von Belastung bzw. vorangegangenen nervösen Störungen zeigen. Die Meinungsverschiedenheit erklärt sich aus dem Mangel scharfer Umgrenzung des Begriffs psychopathischer und neuropathischer Veranlagung, von der eine allmähliche Stufenleiter bis zur vollen Nervengesundheit führt. *Mann* hält sich bei der Schilderung der einzelnen Formen der traumatischen Neurose an *Oppenheims* Aufstellung in dessen Monographie; die Neurasthenie definiert *M.* als ge-



steigerte nervöse Erschöpfbarkeit und gesteigerte Reizbarkeit; den hierin sich kundgebenden bekannten Symptomenkomplex sehen wir in ausgesprochener Weise bei den traumatischen Fällen ganz so wie bei den nicht traumatisch entstandenen Erschöpfungsneurasthenien. Allerdings sind gerade bei den an traumatischer Neurasthenie erkrankten Kriegern dem Trauma oft ungewöhnlich große und andauernde Erschöpfungen vorangegangen, und das Trauma hat dann die Krankheit in Form der schweren Neurasthenie in Erscheinung treten lassen. Bei der traumatischen Hysterie wird auch von *M.* zur Voraussetzung diejenige Erklärung der Hysterie genommen, welche in der qualitativ besonderen und in der dauernden Beeinflussung der Körpervorgänge durch die Seele das Charakteristische sieht. Als vorübergehende Symptome sehen wir die hysterischen Dauersymptome, die Stigmata, auch bei Gesunden nach heftigen seelischen Erschütterungen. Die Hysterie ist ein bestimmter Seelenzustand, welcher zur Festhaltung und Ausbildung der Folgen psychischer Wirkung disponiert (*Dubois*, Schweiz. Korr.-Bl. 1911, Nr. 14, S. 36). Diese Wirkungen können, wie meist bei der gewöhnlichen Hysterie, dauernde oder wiederholte kleinere Gemütsbewegungen oder einmalige heftige, durch Schreck wie bei einem schweren Unfall sein. Bei Kriegsverletzungen sieht man sämtliche Manifestationen, die uns seit der klassischen Beschreibung der Hysterie bekannt sind, in den ausgesprochensten Formen. Mit *Nonne* erklärt es *M.* für falsch, daß die Hysterischen ärztlich suggerierte Kunstprodukte sind. Die Aufstellung einer Gruppe traumatische Hysterie hält *M.* für berechtigt, ebenso die einer Mischform traumatische Hysteroneurasthenie. Desgleichen stimmt *M.* mit *Oppenheim* darin überein, daß es funktionelle Symptome nach Trauma gebe, die weder neurasthenisch noch hysterisch sind, d. i. die traumatische Neurose im engeren Sinne. Da sich bei dieser die Symptome besonders auf dem Gebiete der Motilität abspielen, kann man sie nach *M.* auch als traumatische Motilitätsneurose bezeichnen. Akinesia amnestica und Reflexlähmung unterscheiden sich klinisch „außerordentlich scharf" von hysterischen Lähmungen, der traumatische Tremor durch seine absolute Konstanz vom leicht beeinflußbaren Hysterischen. Die traumatische Krampusneurose erkennt auch *M.* an. Dagegen rechnet er die pseudospastische Parese mit Tremor zur traumatischen Hysterie, ebenso gewisse vasomotorische, sekretorische und trophische Symptome. Die Verbindung von organischen, durch die Verletzung direkt bedingten Krankheitserscheinungen mit funktionellen ist außerordentlich häufig, namentlich bei leichten organischen Verletzungen des vestibularen Apparates funktionelle Gleichgewichtsstörungen. *M.* ist für die Beibehaltung der Bezeichnung traumatische Neurose. Daß man vor 25 Jahren die Prognose ungünstig gestellt hat im Gegensatz zur heutigen Erfahrung, beweist nichts gegen diese Bezeichnung; Tabes dorsalis hat man früher auch als unheilbar angesehen. *M.* will die Diagnose traumatische Neurose als übergeordneten Gattungsnamen beibehalten wissen und als spezielle Unterdiagnose neurasthenische, hysterische oder hysterisch-neurotische Form, Krampusneurose, Schütteltremor, Akinesia amnestica, Kombination mit organischer Läsion, Kommotionsneurose, Schreckneurose. *M.* hält *Oppenheims* Erklärung der traumatisch-neurotischen (im engeren Sinne), nicht hysterischen Symptome durch feine molekulare Veränderungen für beachtenswert und weist darauf hin, daß wir auch andere



Nervenkrankheiten als funktionell bezeichnen, ohne daß wir sie mit der Hysterie zusammenwerfen, bei denen wir eine durchaus materielle Veränderung annehmen müssen, nämlich die durch Störungen der inneren Sekretion verursachten, *Basedow*sche Krankheit, Tetanie usw., auch wahrscheinlich manche Formen von Neurasthenie, wie anderseits durch Stoffwechselstörung bedingte Neurosen, besonders *Basedow*sche Krankheit durch Traumen, namentlich psychische, ausgelöst werden können. Die Auffassung, daß manche traumatische Neurosen eine materielle Grundlage haben, ist demnach keineswegs unhaltbar, wenn sie auch überwiegend psychisch entstehen. *M.* bestreitet entschieden, daß die bewußten Begehrungsvorstellungen ein ausgesprochen hysterisches Krankheitsbild mit typischen Stigmata, Krampfanfällen usw. hervorrufen können; es entsteht auf diesem Wege wohl ein hypochondrisch-querulatorisches Krankheitsbild, aber nicht die typische Hysterie; es sei erstaunlich, welche Symptome manchmal als Folge von Begehrungsvorstellungen gekennzeichnet werden. Wenn jemand selbst einmal eine solche gehabt hat, so kann er sie nicht allgemein bei andern, schwereren Fällen annehmen. Allerdings können sich allmählich im Lauf der Zeit im Anschluß an einen Unfall sekundäre Wunschvorstellungen entwickeln, welche die ursprünglichen Symptome festhalten und steigern, aber die primäre Entstehung derselben ist keinesfalls auf solche mehr oder weniger bewußte Vorstellungen, sondern auf die unmittelbare psychologische Erschütterung durch das Trauma zurückzuführen.

E. Redlich und *J. P. Karplus* (12) halten *Oppenheims* Abtrennung der Akinesia amnestica, der Myotonoclonia trepidans und der Tics von der Hysterie nicht für richtig und finden die zur traumatischen Neurose im engeren Sinne gerechneten Symptome zum Teil auch bei Nervösen, bei denen kein Unfall vorlag; so das *Gräfe*sche oder *Chvostek*sche Symptom. Wirkliche Krampi sahen sie oft da, wo Überanstrengung, Durchnässung und zum Teil auch Alkoholismus im Spiele war; es handelt sich wahrscheinlich um Affektion peripherer Nerven; Trauma hatte nicht stattgefunden. Sie lehnen auch *v. Sarbo*s Annahme mikroorganischer Veränderungen und *Oppenheims* molekulare Veränderungen bei der traumatischen Neurose hier, bei Granatexplosionen dort ab. Nach *R.* und *K.* macht es sogar „in bezug auf die zutage tretenden funktionellen Störungen keinen absoluten Unterschied aus, ob die Kranken durch die Granatexplosion hingeschleudert, bewußtlos wurden, die Erscheinungen einer Hirnerschütterung davontrugen oder ob bloß psychische Momente auf sie einwirkten". Sie können daher eine strenge Scheidung hinsichtlich nachfolgender Symptome zwischen Kommotionsneurose und Schreckneurose nicht für alle Fälle gelten lassen. *R.* und *K.* haben wahllos 44 Fälle zusammengestellt, in denen Astasie-Abasie mit Tremor, also *Oppenheims* Myotonoclonia trepidans, im Vordergrunde stand. Davon waren 29 im Felde gewesen, hatten 10 Granatkontusionen, 4 leichte Schußverletzung, 1 Sturz mit Rippenbruch erlitten, 3 Typhus, 3 Rheumatismus, 2 Erfrierung der Zehen gehabt; 15 waren überhaupt nicht im Felde gewesen, bei 9 von diesen lag keine bestimmte Ursache vor. Unter 12 Kranken mit Zittern waren 8 im Felde gewesen, davon hatten 8 Granatexplosion mitgemacht, 4 waren nicht im Felde gewesen. Die neurasthenischen, besonders die kardiovaskulären Symptome, führen *R.* und *K.* zum Teil nicht auf Hysterie und nicht



auf Trauma, zurück, sondern auf vorausgegangene Überanstrengung, Unterernährung, Nikotin, Kaffee, Alkohol oder auf Thyreotoxikose, frühzeitige Arteriosklerose. Fixierte normale Affektreaktionen und fixierte instinktive Abwehrbewegungen sahen auch *R.* und *K.* Ob es sich in andern Fällen um Wiederauftauchen infantiler Reaktionsformen, Aktion vorgebildeter Mechanismen, Bedingtheitsreflexe, Entladung der starken seelischen Erregung ins Körperliche auf neuen, ungebahnten Wegen handelt, ist unbekannt. Daß die organische Störung auf die Lokalisation der hysterischen bestimmend wirken kann (*Binswanger*), haben auch *R.* und *K.* gefunden; z. B. komplette hysterische Lähmung und Anästhesie des Beines nach Weichteilschuß durch den Oberschenkel. Unter dem überwältigenden Eindruck der Beschießung mit schweren Artilleriegeschossen können „hysterische" Reaktionen auch bei nicht disponierten ausgelöst werden, nur bei Disposition oder Begehrungsvorstellungen kommt es zu lange währender Neurose.

S. Meyer (13) beschreibt 1. Schwerhörigkeit nach Granatschock mit Labyrinthschädigung ohne Trommelfellverletzung, mit Apathie, Gehemmtheit, Gleichgültigkeit, sonstige Symptome nur einschlägiges Zittern der Hände. Nur in einem Falle war das Trommelfell zerrissen. Von Hysterie sind diese Fälle deutlich verschieden. Ähnliche Zustände kommen nach elektrischen Unfällen vor. Der Verlauf ist nicht günstig. 2. Hörschädigung nach Granatschock und Epilepie. 3. Hysterie nach Schock ohne Disposition und ohne Hörstörung, und 4. Hypochondrie nach Schock (traumatische Neurose) mit krankhafter Selbstbeobachtung, Mißempfindungen (Parästhesien), abnormen Organempfindungen, meist mit Disposition; fast negativem objektiven Befunde.

Derselbe (14) hat schon früher (Ztschr. f. d. ges. Neurol. 5, 1916) auf die Bedeutung des Erlebens für die Entstehung der Hysteriesymptome hingewiesen, entgegen der Suggestionstheorie. Es ist nicht so, daß der bloße Gedanke, gelähmt zu sein, zur Wirklichkeit wird und der Kranke aus einer solchen Vorstellung das Leiden entwickelt. Die hysterischen Sprachstörungen sind Schreckwirkungen; im Schreck aber redet man sich nicht ein, nicht sprechen zu können.

A. Homburger (15) kommt auf Grund theoretischer und klinischer Betrachtungen zu dem Ergebnis, daß die im hysterosomatischen Bilde verselbständigten, automatisierten, motorischen Äußerungen irgendwie physiologisch vorgebildet sein müssen, wobei jedoch bemerkenswert ist, daß motorische und sekretorisch-vasomotorische Symptome funktionell so verwandte Auslösungen haben.

E. Meyer und *F. Reichmann* (16) halten die rein psychogene Auffassung vieler Fälle, welche vorher latente „Begehrungsvorstellungen im Sinne der Dienstbefreiung" für das Zustandekommen der Granatkommotion machen will, ebensowenig für berechtigt wie die prinzipielle Deutung der traumatischen Neurose des Friedens als Rentenhysterie. Unter den scheinbar rein psychogenen Folgezuständen nach Granatexplosionen findet sich eine große Zahl von organischen Störungen oder organischen Teilerscheinungen. *M.* und *R.* bringen eine Zusammenstellung der Krankengeschichten von 70 in der Königsberger psychiatrischen und Nervenklinik untersuchten Fällen, davon scheiden sie 8 rein organische Fälle aus. 8mal wurde nervöse Belastung, 14mal nervöse oder psychopathische Konstitution ange-



geben, 9mal wurde überstandene schwere Erkrankung, 10mal früheres Trauma, 2mal Trunk festgestellt, zusammen 43. Bis zur Erkrankung waren im Felde 18 bis 1 Monat, 8 1—3, 7 3—6, 11 6—12, 3 mehr als 12 Monate; früher der Nahwirkung von Artilleriefeuer waren ausgesetzt 20 wiederholt, 6 sehr häufig, 29 noch nicht. *E.* und *R.* erklären daher, daß das Zustandekommen der nervösen Granaterschütterung ebensowenig an Disposition durch familiäre Belastung, psychopathische Konstitution, frühere Erkrankungen oder Traumen gebunden sei wie die Entstehung vieler funktionell-nervöser Friedenserkrankungen, besonders der traumatischen Neurose. Die Nahwirkung der schweren Geschosse kann bei jedem Betroffenen krankmachend wirken. (Anm. d. Ref.: Es ist traurig, daß dies in wissenschaftlichen Zeitschriften noch besonders betont werden muß, wo doch jeder Laie, der zu Hause sitzt, weiß, daß die Nahwirkung Tausenden den unmittelbaren Tod gebracht hat.) Für die Entstehung der nervösen Folgezustände von Granatexplosionen kommen in Betracht:

A. Physikalische Begleiterscheinungen.
   I. Luftdruckänderung als Luftverdünnung oder -verdichtung und in deren Folge
      1. Hochgeschleudertwerden oder Gefühl des Hochgeschleudertwerdens,
      2. feinste mikroskopische und gröbere Veränderungen des Zentralnervensystems,
      3. Schädigung des Zentralnervensystems durch Platzen kleiner Gefäße (wie bei Caissonkrankheit),
      4. Labyrintherschütterung.
   II. Schockwirkung auf das Zentralnervensystem.
   III. Die die Explosion begleitende Detonation. Erschütterung des Mittel- und Innenohrs.

B. Begleiterscheinungen mit psychogener Wirkung.
   Seelische Erschütterung (psychischer Schock):
      1. durch das Phänomen als solches (optische, akustische Reize),
      2. durch die damit ausgelösten Eigenerlebnisse (Furcht, getroffen zu werden; Hochgeschleudertwerden; Verschüttung und Sorge, sich aus ihr zu befreien).
      3. Anblick der gesetzten Zerstörungen, insbesondere schwerer Verletzungen und Todesfälle in direkter Umgebung.

Alle diese Momente, aber auch jedes für sich, können nervöse Störungen zur Folge haben; welches aber, oder welche Kombination von ihnen im Einzelfalle zugrunde liegt, läßt sich überhaupt nicht an sich entscheiden und auf Grund der Symptome nur annäherungsweise, abgesehen von der mangelhaften Anamnesefähigkeit der Betroffenen. Rein psychischer Schock war vorhanden in nur 8 Fällen, in allgemeinerer, von den Kranken selbst als „Schock" bezeichneter Form in 5 Fällen. Gegenüber der Wirkung von Katastrophen (auch Eisenbahnunfall) kommt bei Granatkommotion die voraufgehende Spannung in Betracht. Die von *Stierlin* nach Katastrophen beobachteten Schreckpsychosen haben mit ihrem stuporösen,



lähmungsartigen und gleichgültigen Verhalten manche den Granatexplosionspsychosen verwandte Züge; ebenso die ohne Begehrungsvorstellung, weil ohne Kenntnis von der Rentenbewilligungsmöglichkeit, dort ausgelösten traumatischen Neurosen. Wie dort, so hörten auch nach Granatexplosionen, aber auch nach sonstigen nervösen Erkrankungen im Felde, die Verunglückten noch tagelang nach ihrer Errettung das Schreien der Mitverletzten oder sahen sie oder träumten von ihnen. — Wichtig zum Nachweis der organischen Schädigung ist der Ohrenbefund (Labyrintherkrankung, Trommelfellzerreißung); ohrenärztliche Untersuchung also nötig; aber nicht jede Granaterschütterung des Mittel- oder Innenohres braucht mit nervösen Krankheitszeichen verbunden zu sein. Die funktionelle Vertaubung war immer von hysterischem Mutismus begleitet. Die einzelnen neurotischen Symptome werden von *M.* und *R.* erörtert. Bemerkenswert ist bei den Kranken der fixierte Momentausdruck des heftigen Schrecks. Den Symptomenkomplex der traumatischen Neurose hatten 9 Fälle; er wird auf die Granaterschütterung zurückgeführt. Stupor war in 4 Fällen; ferner in einzelnen Fällen depressive Verstimmung, pathologische Reaktion, Dämmerzustände, Verwirrtheit, Amnesie, Schlaflosigkeit, Unruhe. Die Granaterschütterung ruft je nach Art der angreifenden traumatischen Komponente zwar sehr vielgestaltige Krankheitserscheinungen hervor, es gibt aber kein für die nervöse Granatexplosionsstörung charakteristisches Krankheitsbild; unter den verschiedensten ätiologischen Begleiterscheinungen können verschiedenste, an sich nicht neue Krankheitstypen organischer, funktionell-nervöser und rein psychotischer Natur zustande kommen; am häufigsten die funktionell-nervöse, obenan die traumatische Neurose. Die Prognose ist nach *M.* und *R.* nicht günstig.

H. Zangger (17) teilt 4 Fälle von manisch-traumatischer Neurose mit, bei denen falsche Diagnose und Prognose gestellt worden war; sie endeten tödlich; es fanden sich Veränderungen an Schädel und Hirnhäuten. *Z.* betont die lange Verfolgung der Spätschicksale solcher Begutachtungsfälle.

Von *Th. Rumpf* (19) mitgeteilte 14 Fälle von Unfallhysterie „zeigen eine hochgradig gesteigerte Erregbarkeit des Vorstellungslebens, insonderheit der mit der eigenen Person verknüpfen Gedankengänge, welche sich in lokalen oder allgemeinen Krämpfen entladen oder mit Krampfzuständen einhergehen". Neben diesen „wesentlichen Symptomen", den hysterischen Krampfzuständen, fanden sich in fast allen Fällen noch weitere wichtige. Es handelte sich in den geschilderten Fällen vielfach um „typische Formen reiner Hysterie". Die eigenartige Veränderung der Psyche, einerseits Rindenerregungen mit übermäßiger Reaktion, teils Fehlen der gewöhnlichen Reaktion auf äußere Einwirkungen, ferner die mit der eigenen Person verknüpften Vorstellungen sind nicht immer mit psychischer Minderwertigkeit, sondern zuweilen mit großen Leistungen verknüpft. Einmal fehlte der eine Achillessehnenreflex bei gleichzeitigem Patellarklonus, in einem andern Fall ein Kniesehnenreflex und beide Achillessehnenreflexe. In 7 unter den 14 Fällen wurde nebenher noch simuliert, und zwar nicht bei der ersten Untersuchung, sondern nach eingetretener Besserung. Der Schreckneurose (*Stierlin*) gibt auch *R.* eine Sonderstellung, schon wegen der Gefäß- und Herzstörungen (starke Pulsbeschleunigung, gesteigerter Blutdruck, Dermographie, *Horn*).



P. Horn (20) hat Untersuchungen über den Blutdruck bei Unfallneurosen ausgeführt und kommt zu folgendem Ergebnis: 1. Der systolische Blutdruck ist auffallend oft gesteigert, abnorme arterielle Senkungen kommen nur ausnahmsweise vor. 2. Vor allem zeigen die Schreckneurosen sowie die Neurosen nach lokaler Verletzung (letztere besonders im sekundären Stadium der Rentenkampfneurose) erhöhte arterielle Werte, während sie bei zerebralen und spinalen Kommotionsneurosen erheblich weniger häufig sind. 3. Auch Steigerungen des diastolischen Blutdrucks und erhöhte Blutdruckamplituden sind bei Unfallneurosen häufig festzustellen, und zwar vor allem bei den Schreckneurosen, die auch sonst in der Regel ausgesprochene kardiovaskuläre Störungen als Symptom von Disharmonisierung des vegetativen Nervensystems erkennen lassen. Dagegen kommt dem Blutdruckquotienten eine differentialdiagnostische Bedeutung bei den Unfallneurosen nicht zu. 4. Starke Abhängigkeit von seelischen und körperlichen Einwirkungen (Blutdrucklabilität) zeigen besonders die arteriellen Blutdruckwerte, während der diastolische Blutdruck im allgemeinen konstanter ist. 5. Werte von 60—90 mm Hg (*Riva-Rocci*) für den diastolischen Blutdruck, von 110 bis 140 (bei Leuten über 40 Jahren bis zu 150) mm Hg für den systolischen und von 25—60 mm Hg für die Pulsdruckamplitude sind im allgemeinen nicht krankhaft. 6. Bei unkomplizierten Fällen sind abnorme Blut- und Pulsdruckwerte, als der willkürlichen Beeinflussung nicht entzogen, für die Diagnose wichtig. 7. Bei Komplikationen von Unfallneurosen mit Arteriosklerose, Nierenleiden und Herzfehlern geben die Begleitsymptome den Ausschlag, ob die Blutdruckanomalie nervöse Erscheinung oder organisches Symptom ist. 8. Steigerung des Blutdruckes verursacht nicht, sondern begünstigt Arteriosklerose. Unfallneurosen führen trotz häufigen Vorkommens von Blutdruckanomalien nur in Ausnahmefällen (direkte traumatische Gefäßschädigung, z. B. an der Hirnbasis) zu Arteriosklerose.

J. Bauer (21) hat die Untersuchungen von *Fr. Uhlmann* (Serologische Befunde bei Granaterschütterung. Tierversuch von *Davison*, Münch. med. Wschr. 1916, Nr. 18) mittels der *Abderhalden*schen Methode fortgesetzt. *Uhlmann* hatte in einer Reihe von Fällen — schwere Hysteriker — Abbau der Nebennieren, Hypophyse, Rückenmark und Schilddrüse gefunden. *Bauer*s Ergebnis ist, wie bei Hysterie zu erwarten, mehr negativ als positiv. Immerhin wurden bei einigen durch psychisches Trauma geschädigten Soldaten im Serum Abbauprodukte gewisser Drüsen oder Organe gefunden, woraus auf eine Schädigung dieser geschlossen werden kann. Auf Grund theoretischer Betrachtung nimmt *B.* an, daß die organischen Veränderungen im Zentralnervensystem auch hysterische Symptomenkomplexe auslösen können in dem Sinne, daß diese letzteren zu dem ursprünglichen Krankheitsbilde gehören, nicht also, daß neben der schweren organischen Gehirn- oder Rückenmarkerkrankung noch eine besondere Krankheit, Hysterie, besteht. Die Hysterie kann überhaupt nicht als eigene Krankheit aufgefaßt werden, wie sie ja auch von anderen, wie Epilepsie, nicht scharf abgetrennt werden kann. Wenn schon von zwei verschiedenen Seiten her, den organischen Erkrankungen einerseits, den Störungen der inneren Sekretion andererseits hysterische Symptomenkomplexe hervorgerufen werden können, so muß es sich da, wo man lediglich hysterische Symptome



ohne bekannte Ursache findet, um ähnliche Schädigungen handeln. Es wird der Vergleich zwischen dem vielgestaltigen Bilde der Alkoholvergiftung und der Erkrankung durch Störung der Innendrüsen gezogen mit dem Vorbehalt, daß bei letzterer kein einheitliches Gift in Betracht kommt, da es verschiedene, in Wechselwirkung stehende Drüsen gibt. An einem Falle (multiple Sklerose, Beginn mit Hysterie; das Leiden war 8 Jahre lang für Hysterie gehalten worden!) versucht *B.* es einleuchtend zu machen, daß es sich nicht um ein zufälliges Zusammentreffen handelt, sondern die hysterischen Symptome das erste Zeichen der organischen Erkrankung sind.

K. Singer (23) beschreibt die Methoden und Mittel, wie man nervöse Beschwerden auf ihren objektiven Grund zurückführt bzw. Organisches, Psychogenes und Simuliertes unterscheidet. Bemerkenswert ist seine Äußerung am Schluß: Er könne nicht zugeben, daß bei der traumatischen Hysterie, besonders den hartnäckigen Fällen von Aphonie nach Granatschock oder Verschüttung, regelmäßig bestimmte Wunschvorstellungen in Wirkung seien; er habe viele Soldaten gesehen, die, um ihrer Pflicht nachzukommen, Beschwerden unterdrückten; die Zahl der Dissimulanten war mindestens so groß wie die Zahl der schwer Aggravierenden.

Bunnemann (24) zieht aus dem *Arndt*schen Gesetz: „Geringe Reize fachen die Lebenskraft an, größere steigern sie, noch größere aber hemmen sie und größte heben sie auf", die Folgerungen für die Neurosen. Die Ursache aller der nervösen Symptome — sowohl auf dem Gebiete der äußeren als auch der inneren Wahrnehmung, auf körperlichem und geistigem Gebiet ist eine über die mittlere Linie der Reaktivität hinausgehende Subjektivität gegenüber allen Formen äußerer Anregungen und von Innenreizen, eine subjekitve Überwertigkeit, nämlich Ermüdung und Erschöpfung, welch letztere beiden nur graduell verschieden sind. Aber die Nervosität hat an und für sich mit den Nerven nichts zu tun. „Was in den Nerven infolge subjektiver Überwertigkeit sich vollzieht, vollzieht sich auch in den Zellen des Herzmuskels und in den Zellen der Magen- und Darmschleimhaut."

F. Lust (25) stellte wie *Mörchen* (26) die „erstaunlich geringe" Zahl von traumatischen Neurosen bei Kriegsgefangenen fest. Auffällige hysterische Zustände kamen überaus selten zur Beobachtung. Dies konnte *L.* auch über die in Feindesland befindlichen gefangenen deutschen Soldaten ermitteln. Er erklärt es mit dem Fehlen falsch angebrachter Bemitleidung und der drohenden Dienstfähigkeitsprüfung einerseits, dem Gefühl persönlicher Sicherheit andrerseits. Dagegen ist Neurasthenie häufig. Dabei spielt übermäßiger Tabak und Masturbation eine Rolle.

M. Seige (27) fand in 7 Monaten auf seiner Station unter allen Hysterischen 7,2% hysterische Taubstumme, unter allen funktionellen Neurosen 4,2%; die Sprachstörungen betrugen 11,5% aller aufgenommenen Hysterischen. Bei 63% der auf der Ohrenstation untersuchten Fälle war der Ohrenbefund ein normaler. Ursächlich kam vorzugsweise Granatexplosion in Betracht. Eine ganze Anzahl von Kranken berichtete ganz korrekt, daß bei ihnen von einer eigentlichen Verletzung nicht gesprochen werden könnte, daß sie ohne besonderen Anlaß plötzlich bemerkten, daß ihnen Gehör und Sprache verloren gegangen sei. *S.* nimmt mit *Zange* (M. Med. Wschr. 1916, Nr. 28 u. 32) an, daß wir auch mit klinisch nicht nachweisbaren organi-



schen Störungen des nervösen Ohrapparas zu rechneten haben, und daß von hier aus zentripetal geleitete Empfindungen hysterische Symptome auslösen. Ein Drittel der Kranken hatte bereits vor dem Kriege deutliche hysterische Züge, 6% geringe Intelligenz, 18% vor dem Kriege Ohrenerkrankungen. Die Prognose war gut, allerdings bei sofortiger energischer Behandlung.

Nach *J. Donath* (28) ist die große Zahl hysterischer Stimm-, Sprach- und Gehörstörungen im Kriege keineswegs auf etwaige durchschnittliche Minderwertigkeit des Nervensystems der Krieger zu beziehen, denn diese ist durch die Leistungen widerlegt, sondern auf die gewaltigen Explosionswirkungen der modernen Geschosse. Feinste organische Störungen sind von funktionellen oder von Simulation schwer zu unterscheiden.

O. Muck (29) beschreibt 1. psychogenen Mutismus mit latenter Adduktorenlähmung, verbunden mit einseitiger bzw. doppelseitiger funktioneller Taubheit, ferner 2. Adduktorenparese des Kehlkopfes mit sekundärem Krampf der Kopf-, Hals- und Rumpfmuskulatur, 3. Aphonia paradoxa bei normaler Stimmbandaktion; 4. Akinesia amnestica phonopoetica; 5. Beispiele von Schnellheilungen von Adduktorenparesen; 6. Simulation von Stimmlosigkeit; 7. Dysphonia spastica durch perverse Aktion der Atmungsmuskulatur; 8. Aphonie, wechselnd mit Falsettstimme.

Über die Beurteilung von Augensymptomen bei Hysterie unterrichtet eine Arbeit von *R. Wißmann* (31); im einzelnen ist daraus zu bemerken, daß der hysterischen Amaurose keine Ausnahmestellung zukommt; sie verhält sich vollständig so wie die hysterischen Empfindungsstörungen überhaupt; ebenso darf man der konzentrischen Gesichtsfeldeinschränkung nur geringe Bedeutung zuschreiben. „Wenn wir die Masse der Veröffentlichungen überblicken, so gibt es, glaube ich, kaum eine krankhafte Augenveränderung — von der einfachen Epiphora bis zu schweren Sehnerven- und Gehirnprozessen — als deren Ursache nicht schon einmal Hysterie angenommen worden ist."

F. Kaufmann (34) gibt die Erfolge mit einer Überrumpelung bei psychogenen Störungen bekannt; das Vorgehen setzt sich zusammen aus „1. suggestiver Vorbereitung, 2. Anwendung kräftiger Wechselströme unter Zuhilfenahme von reichlicher Wortsuggestion, 3. strengem Innehalten der militärischen Formen unter Benutzung des gegebenen Subordinationsverhältnisses und Erteilen der Suggestionen in Befehlsform. 4. unbeirrbar konsequenter Erzwingung der Heilung in einer Sitzung". Besonders dankbare Objekte für diese Methode bilden die Kranken mit motorischen Reizerscheinungen. Sie verlangt unbedingt eine sehr vorsichtige Indikationsstellung.

L. Mann (35) meint, daß die hypnotische Behandlung, von deren Wirkung *Nonne* (Neurol. Ztlbl. 1916, S. 136) berichtet, auf einen kleinen Teil von Patienten und noch kleineren Teil von Ärzten beschränkt bleiben wird, und daß man mit andern, seinem Gefühl sympathischeren Methoden und geringerem Zeit- und Energieaufwand Besseres leisten kann. Auch gegen die *Kaufmann*sche Methode verhält er sich ablehnend und benutzt eine einfache, faradisch suggestive Behandlung, die er auch bei Offizieren anwandte. Aus den Erfolgen der Behandlung



psychogener Symptome auf ihre Entstehung durch Wunsch zu schließen, hält *M.* nicht für logisch. Denn wenn letzteres zuträfe, läge für den Kranken kein Grund vor, nach dem Erwachen aus Hypnose den Wunsch nicht weiter in sich wirken zu lassen.

Ph. Jolly (36) hat durch Arbeitstherapie bei vielen nervenkranken Soldaten eine erhebliche Besserung erzielt, auch bezüglich Wiedergewöhnung an Arbeit, entsprechend den im Frieden in Nervenheilanstalten gemachten Erfahrungen (ebenso *Wollenberg* und *Rosenberg*).

K. Goldstein (37) und *M. Rothmann* (38) beschreiben und loben die Wirkung einer im leichten Chloräthylrausch ausgeführten Scheinoperation (Injektion von Kochsalzlösung in der Nähe der zu heilenden Stelle des psychogen gelähmten Gliedes und Anlegen eines großen Verbandes).

A. H. Hübner (39) bespricht die Erfolge der Nervenheilstätte Rheindorf bei Bonn durch Arbeitstherapie; $^1/_3$ der Kranken wurde wieder felddienstfähig.

H. Curschmann (41) verwandte die *Hey*sche Gesangsmethode bei funktionellen Aphonien und Dysphonien der Sing- und Sprechstimme.

Dub (42) ist in der Lage, selbst die allerschwersten Fälle von psychogener Taubheit, Stummheit, Stimmlosigkeit und Kombinationen nach ein- bis dreimaliger Behandlung zu heilen, die in Anwendung des faradischen Stromes mittels Ohrkatheter bzw. Ventrikelsonde und Kehlkopffaradisierung bei verbundenen Augen besteht.

Kaeß (44) behandelt hysterische Stimmlosigkeit und Stummheit mit wiederholten seitlichen Kompressionen des Kehlkopfs von kurzer Dauer, während Pat. gleichzeitig die Luft gewaltsam möglichst tönend dabei einziehen soll, welch letzteres man ihm vorübt. Der Pat. vollbringt nach einigen Serien von Kompressionen bald auch das Antönen.

E. Beyer (47) hält nach den Erfahrungen in Roderbirken die Prognose der Kriegsneurosen im allgemeinen für günstig, im Einzelfalle davon für abhängig, wieweit es möglich ist, die ungünstigen Einflüsse zu beseitigen, günstige wirksam zu machen. Bei dienstunbrauchbaren Nervenkranken kann volle Erwerbsfähigkeit vorhanden sein. Kleine Renten unter 20% sind in der Regel zu vermeiden. Bei mehr als $^2/_3$ Erwerbsbeschränkung ist die Vollrente meist nicht zu umgehen. Nachuntersuchungen sind nicht zu früh anzusetzen, dabei ist bezüglich Termins auch auf Jahreszeit und Berufsverhältnisse Rücksicht zu nehmen.

Das Verfahren der Wahl bei gewissen nervösen entschädigungsberechtigten Patienten ist nach *P. Horn* (48) unbedingt einmalige Kapitalabfindung; selbst zunächst ungünstig erscheinende nervöse Störungen pflegen sich nach definitiver Erledigung der Entschädigungsangelegenheit oft überraschend schnell zu verlieren. Auch bei manchen nervösen Kriegsbeschädigten sollte dieses Verfahren in Betracht kommen. Es wäre zweckmäßig, die Abfindung nicht in bar auszuzahlen, sondern in Grundbesitz fetzulegen (ländliche Kolonisierung). Abfindung ist dann angezeigt, wenn 1. ein wichtiges therapeutisches Interesse vorliegt, 2. eine gewisse Anpassung und Gewöhnung an die Verletzungsfolgen im Laufe der Jahre zu erwarten und Verschlimmerung ausgeschlossen ist, in beiden Fällen vorausgesetzt, daß eine gewisse Erwerbsfähigkeit noch besteht.



P. Horn (48c) beschreibt 12 Fälle von Blitz- und Starkstromläsionen des Nervensystems. Je nach Lage des Falles bewirken sie organische funktionelle oder gemischte Symptomenkomplexe. Mitunter steht das Krankheitsbild der Schreckneurose nahe. Stets muß man an organische Schädigungen des Nervensystems denken. *Pfuhl* fand bei etwa der Hälfte der Fälle organische Veränderungen an den Augen, *Horn* ebenfalls; in einem Falle Bluterguß ins rechte Ohr unmittelbar nach dem Unfall. Bei 50% fanden sich organische Lähmungen, sowohl peripher schlaffe als zentral spastische; auch Blasen-Mastdarmlähmung fand sich einmal. Isolierte periphere Lähmungen kommen vor. Initiale Verwirrtheits- und Erregungszustände scheinen nicht ohne weiteres hysterische Reaktion darzustellen. Es kommen ferner vor Gedächtnisschwäche, Depressionen und Apathie, Tachykardie, Arythmie. In einem Fall entwickelte sich bei einem 38jährigen Manne in wenigen Jahren eine auffallend starke Arteriosklerose mit systolischem Blutdruck von 180 mm. Hohe Pulsdruckzahlen finden sich nach *Horn* (Über vergleichende Blutdruckbestimmung, Med. Klin. 1916, Nr. 8), abgesehen von Arteriosklerose und Schrumpfniere, bei funktionellen Neurosen, Schreck- und Rentenkampfneurosen. Die Prognose ist wegen der Möglichkeit organischer Veränderungen vorsichtig zu stellen.

P. Prengowski (48d) schildert 10 Fälle von abnormem Zwang zu Verneinung und Widerspruch gewisser Degenerierter. In einem Falle war er so erheblich und hartnäckig, daß man, um etwas zu erreichen, gerade das Gegenteil bekunden mußte. Bei Leuten im öffentlichen Leben, die eine führende Rolle haben, ist diese Eigenschaft nicht ohne Bedeutung und Ursache prinzipieller Opposition.

Nach *Pelnář* (48f) erwies sich im Gegensatz zur allgemeinen Ansicht klimakterische Neurose in der Mehrheit als ernst, in mehr als der Hälfte konnte er die klimakterischen Beschwerden als Begleiterscheinungen ernsterer Erkrankungen der Zirkulationsorgane ermitteln, in einem Fünftel der Fälle mußte er die Prognose unsicher und ungünstig stellen, und nur zirka bei einem Viertel seiner Fälle fand er keine pathologischen Veränderungen, so daß er die Prognose gut stellen konnte. Es handelt sich meist um vasomotorische Störungen, wohl infolge Aufhörens der innersekretorischen Tätigkeit der Ovarien. Der Ersatz, den der Organismus durch andere Drüsen (Thymus, Thyreoidea, Hypophyse) leisten kann, genügt in den meisten Fällen nicht. (Nach einem Referat von *Stuchlík.*)

Stuchlík (48e) demonstriert an einem Falle jugendlicher Epilepsie die Anwendbarkeit der Assoziationsmethode für die Diagnose. Von der Behandlung der Epilepsie mit großen Dosen Borsäure sah er schädliche Wirkung; pharmokologisch läßt sich die Wirkung des Präparates ebenfalls nicht begründen. Ferner diskutiert er auf Grund genauen Tagebuches eines Epileptikers die Periodizität der Anfälle. Er konnte ziemlich regelmäßige Wiederholung der wechselnden Anzahl der Anfälle konstatieren, so daß eine Vorhersage auf wenige Tage möglich war. Daneben zeigte sich auch eine Periodizität, die die Stunde der größten Anhäufung von Anfällen betrifft. (Nach einem Autoreferat.)

R. Sommer (49) betont die Klarstellung des Begriffs der Disposition besonders bei Epilepsie und die Unterscheidung von Krankheit. *Tilman* (50) empfiehlt, Opera-



tion bei jedem Fall von traumatischer Epilepsie gleich nach dem ersten epileptischen Anfall vorzunehmen. Plastische Deckung von Schädeldefekten soll man solange aussetzen, bis Lumbalpunktion normale Verhältnisse ergibt.

Nach *G. C. Bolten* (51) ist genuine Epilepsie chronische Autointoxikation auf dem Boden eines unvollständigen Stoffwechsels infolge Hypofermentation des Tractus intestinalis und des intermediären Stoffwechsels; diese Hypofermentation Folge der Insuffizienz der Schilddrüse und Epithelkörperchen. Das klinische Bild der genuinen Epilepsie stimmt nicht immer mit dem allgemein bekannten Typus überein. Die Erscheinungen der sogenannten psychischen Epilepsie kommen überwiegend vor bei der zerebralen Epilepsie, nur ausnahmsweise bei der genuinen. Poriomanische Anfälle können sehr in den Vordergrund tretende Erscheinung der genuinen Epilepsie sein. Die verschiedenen Arten der Migräne sind als rudimentäre Form der entsprechenden Epilepsiearten aufzufassen. Ein Teil der Migräne ist wie die genuine Epilepsie Folge von Hypothyreoidismus und Hypoparathyreoidismus; rektale Einspritzung frischen Preßsaftes hat sehr guten Erfolg. Der Migräneanfall wie der epileptische sind sowohl Vergiftungserscheinungen wie Nützlichkeitsreaktion des Organismus zur Entfernung von Toxinen aus der Gehirnrinde. Die gehäuften kleinen Anfälle kann man klinisch nicht als selbständiges Symptom betrachten, da sie sich nur graduell von vollständigen epileptischen oder hysterischen Anfällen unterscheiden, deren rudimentärste Form sie sind. Dipsomanie, periodische Dysphorie, kann durch verschiedene degenerative und psychopathische Zustände hervorgebracht werden. Die meisten Fälle gehören nicht zur Epilepsie, viele zur manisch-depressiven Seelenstörung. Der Dipsomane trinkt Alkohol nicht als Genußmittel, sondern zur Bekämpfung der Dysphorie als Narkotikum.

Von *J. Breuers* und *S. Freuds* (48a) bekannten „Studien über Hysterie" (Leipzig u. Wien, F. Deuticke) ist die dritte Auflage erschienen; da sie „unverändert" ist, erübrigt sich erneute eingehende Besprechung. *Freud* betrachtet, wie er im Vorwort sagt, seine anfänglichen Meinungen auch heute nicht als Irrtümer, sondern als schätzenswerte erste Annäherungen an Einsichten, die sich erst nach länger fortgesetzter Bemühung vollständig gewinnen ließen.

An den von *H. Sauer* (52) mitgeteilten Fällen von gehäuften kleinen Anfällen bei Kindern wird die Schwierigkeit von Diagnose und Zuteilung dargetan.

Rülf (53) beschreibt 2 weitere Fälle von funktionellem Rindenkrampf ohne Anhalt für organische oder hysterische Grundlage. Der Krampf wird durch schnelle Bewegung bei vollem Bewußtsein ausgelöst; Ursache ist Überreizung des motorischen Zentrums.

R. Ammann (54) bringt für den von ihm früher festgestellten jährlichen Gang der Anfälle (für Zürich Tiefstpunkt im Juli, Höchstpunkt im November) weitere Beweise aus Isolierungs- und Schlafmittel-Listen aus Anstalten, ferner aus dem Gang der Sonnenstrahlung, von welchem auch sonst das Leben abhängig ist.

R. Henneberg (58) beschreibt folgenden Fall genuiner Narkolepsie: 35jähriger, mosaischer, hereditär belasteter Küfer, in der Jugend Gelenkrheumatismus und Chorea minor, danach aber ziemlich kräftig und leistungsfähig. Seit 5 Jahren Schlafanfälle, die sich im Anschluß an Überarbeitung einstellten, bis zu 5 am Tage,



beginnend mit unwiderstehlicher Müdigkeit, Pat. schläft in jeder Situation ein; wird er nicht durch äußere Reize erweckt, so schläft er etwa $^1/_4$ Stunde. Alles, was Eintreten des normalen Schlafes fördert, begünstigt die Schlafanfälle. Pat. schlief als Soldat auf Horchposten ein. Keine dauernde Müdigkeit, keine Anzeichen von Erschöpfung, stärkerer Nervosität bzw. Psychopathie, keine hysterischen Stigmata, niemals Krampfanfälle. Bei intensivem Lachen fällt dem Pat. der Kopf nach vorn und der Unterkiefer herab, auch versagen die Knie, letzteres trat auch bei Ärger in Erscheinung. Im Lazarett ließen die Anfälle etwas nach.

Unter 78 chirurgisch geheilten Schädelschüssen mit Verletzung des Knochens trat bei 15 traumatische Epilepsie auf — *Jolly* — (60); der erste Anfall in der Regel innerhalb etwa 10 Monaten nach der Verletzung, durchschnittlich nach 6 Monaten. Sie entwickelt sich besonders bei schweren Schädelschüssen, die Schädeldefekt mit Pulsation behalten und mit grob organischen Symptomen verbunden sind.

Nach *M. E. Naef* (61) haben die choreatischen Geistesstörungen im Anschluß an Gelenkrheumatismus und Endokarditis und andere Infektionskrankheiten neben Übergängen in psychotische Zustände, wie sie auch andern Erschöpfungszuständen, besonders dem Puerperium, eigen sind, ausgeprägte Geistesstörungen vom Charakter der Erschöpfungspsychose, nämlich 1. Psychosen mit Sinnestäuschungen und traumhafter Desorientiertheit und Verworrenheit, 2. Delirium acutum-artige Formen. Ausgang in Heilung ohne Intelligenzdefekt, aber Stupor, Depression, Verfolgungsideen. Die Psychose überdauert die choreatischen Störungen regelmäßig um Monate. Häufig ist Beziehung der Verfolgungsideen auf den Ehemann. Die Geistesstörungen bei chronischen Choreaformen auf dem Boden chronischen Hirnprozesses verlaufen anders, meist in Verblödung, zuweilen mit voraufgehender paranoider Wahnbildung (progressive hereditäre chronische Chorea).

W. Gärtner (64) berichtete über Erfolge mit Salvarsan bei Chorea minor. Antisyphilitische Wirkung kam nicht in Betracht, da Syphilis nicht vorlag. Vielleicht die Wirkung auf einen noch unbekannten Erreger der Chorea minor.

W. Unger (66) verneint in einem Gutachten den Zusammenhang von Chorea chronica progressiva mit Unfall.

2 Fälle von Tetanie beschreibt *H. Meyer* (68); der eine hatte Magengeschwür und Atrophie von Pankreas, Nebennieren und Schilddrüse.

Bei 4 Fällen von Paralysis agitans beschreibt *F. Bode* (69) teils depressive, teils hypochondrische, teils paranoide Züge.

Einen Fall von *Thomson*scher Krankheit, die vom Pat. lange Zeit, sogar während des Militärdienstes, geschickt verborgen wurde, schildert *E. Ube* (70).

A. Eulenburg (71) berichtigt und ergänzt seine Mitteilung aus dem Jahre 1886 (Neurol Ztlbl. Nr. 12) über kongenitale Paramyotonie, die in der betreffenden Familie sich bis auf 7 Generationen zurückverfolgen ließ; der interessante Stammbaum ist im Original wiedergegeben. Es handelt sich um als Klammheit bezeichnete krampfhafte Starre, die fast ausschließlich unter Einfluß von Kälte eintritt.

E. Wexberg (72) beschreibt eine neue Familie mit periodischer Lähmung; *P. Prengowski* (73) hereditäres Auftreten der spastischen vasomotorischen Neurose mit psychischen Erscheinungen bei den Eltern und einem Kinde; er hat eine ge-



nauere Analyse dieser Krankheit 1903 (Przegad lékarski Nr. 12—17) gegeben unter dem Titel: Über die als periodische Neurasthenie, zirkuläres Irresein leichteren Grades usw. aufgefaßte Krankheit.

O. Sittig (75) beobachtete nach Schädelschuß in der linken Scheitelgegend mit rechtsseitiger Hemiparese Störung des Lagegefühls, des Lokalisationsvermögens, Vergrößerung der Tastkreise und Astereognose am rechten Arm, identische kontralaterale Mitbewegungen beim Schreiben mit der linken Hand.

Nach *A. Oswald* (76) wird das klinische Bild des Hyperthyreoidismus ausgelöst durch Einnahme von Schilddrüse oder deren Präparaten, Jodgebrauch, Röntgenbestrahlung des Kropfes, körperliche und geistige Anstrengung, plötzlichen Insult, Schock, Schreck, Ärger usw.; in allen diesen Fällen kommt es zur Überflutung der Körpersäfte mit Schilddrüsensekret. Es gehört aber noch eine Schwächung des Nervensystems dazu — der Gesunde reagiert auf kurzdauernde, ein- oder mehrmalige übermäßige Zufuhr von Schilddrüsensekret klinisch nicht, höchstens etwas Abmagerung. Außerdem ist nach *O.*s Erfahrung noch eine Disposition nötig; meist war nervöse Belastung vorhanden. Völlig Gesunde werden nicht von Hyperthyreoidismus befallen.

Nach Versuchen von *W. Lanz* (77) bei 2 Patientinnen mit Hypo- und Athyreose scheint die Parallele zwischen Jodgehalt und Stärke der Wirkung nur zu bestehen für das an Globulin gebundene Jod, nicht für den Gesamtjodgehalt des Präparates. *H. Courvoisier* (78) fand für Myxödem bessernde Wirkung erst nach Jodthyreoglobulin, bei Basedow Verschlimmerung nach diesem Präparat.

Nach *H. Bab* (80) hat die Hypophyse den physiologischen Funktionen des Urogenitalsystems gegenüber, als Zentralstation, regulatorische Aufgaben. Pathologische Polyurie, z. B. bei Diabetes insipidus, ist Folge von Hyposekretion der Pars intermedia bzw. einer Störung der Sekretaufnahme im Hinterlappen oder der Sekretfortleitung in den zerebralen Lymphlakunen. Subkutaninjektionen von Hinterlappenextrakt erzielen bei Diabetes insipidus Hemmung der Diurese, Steigerung des spezifischen Gewichts des Harns, Hebung des Allgemeinbefindens, aber keine Dauerwirkung. Orale Darreichung ist ohne Erfolg.

H. W. Maier (83) berichtet über Beseitigung psychischer Impotenz bei einem Ehemanne nach einmaliger künstlicher Befruchtung der Frau.

Walter (84) beschreibt einen myasthenieähnlichen Fall mit starker Herabsetzung der elektrischen Muskelerregbarkeit, Fehlen sämtlicher Sehnenreflexe nach langer Ruhe, stationärem Zustand seit Kindheit, ohne Lähmungen.



5. Anstaltswesen und Statistik.

Ref.: O. Snell-Lüneburg.

I. Allgemeines.

1. *Briggs*, *L. V.* (Boston), How the state provides for its mentally ill. Boston med. and surgical journ. vol. 184, no. 20, p. 703. (S. 98*.)
2. *Cowles*, *E.* (Waverley, Mass.), The laboratories of Mc. Lean Hospital for research in pathological psychology and biochemistry. The institutional care of the insane in the United State and Canada vol. 2, p. 618.
3. *Epstein*, *Ladislaus* (Budapest-Angyalföld), Die Frage der weiblichen Pflege bei männlichen Geisteskranken. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 26, S. 175. (S. 100*.)
4. *Fehlinger*, *H.*, Das englische Gesetz über die Internierung geistig minderwertiger Personen. H. Groß' Archiv Bd. 66, S. 332.
5. *Franz*, *Sheperd Ivory* (San Francisco), The functions of a psychologist in a hospital for the insane. The American journ. of insanity vol. 72, no. 3, p. 457.
6. *Herting*, *Joh.* (Galkhausen), Das Vereinslazarett Galkhausen (10. September 1914 bis 29. Februar 1916). Psych.-neurol Wschr. Nr. 1/2, S. 4. (S. 99*.)
7. *Hurd*, *Henry M.*, and fellow workers, History of the Institutional Care of the Insane in the United States and Canada. Vol. I and II. Published by the American Medico-Psychological Ass.; John Hopkins Press. Rep.: The American journ. of insanity vol. 72, no. 4, p. 665.
8. *Jones*, *Edith Kathleen* (Waverley, Mass.), The importance of organized libraries in institutions. The southern hospital record vol. 1, no. 3.
9. Irrenanstalten Preußens: Die Geisteskranken in den Irrenanstalten Preußens 1913. Aus „Statistische Korrespondenz". Vjhrschr. f. ger. Med. u. öffentl. San.-W. Bd. 53, H. 1, S. 163.
10. *van der Kolk*, *H. J.*, Kleine Pavillons auf der „Willem-Arntsz-Hoeve". Maandbl. v. het Krankzinnigenw. vol. 1, p. 56.
11. *van der Kolk*, *J.*, Bettbehandlung in Irrenanstalten. Psych. en neurolog. Bl. vol. 20, p. 477.



12. *Patschke, Franz* (Nikolassee), Die Ausbildung des Pflegepersonals für Krankenanstalten und die private Krankenpflege. Vjhrschr. f. ger. Med. u. öffentl. San.-W. Bd. 51, H. 1, S. 114. (S. 100*.)
13. *Rittershaus* (Hamburg), Die psychiatrisch-neurologische Abteilung im Etappengebiet. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 32, H. 4/5, S. 271.
14. *le Rütte, J L. C. G. A.*, Eine neue Richtungslinie in der Internierungsweise und Pflege der Geisteskranken. Het Ziekenhuis vol. 7, p. 9.
15. Das Irrenwesen im Königreich Sachsen im Jahre 1912. (Sonderabdruck.) Leipzig, F. C. W. Vogel. 59 S.
16. *Schuurmans Stekhoven, J. H.*, Eine neue Institution. (Kombinierung offener und geschlossener Anstalten in Art des „Huize Padua".) Maandbl. v. het Krankzinnigenwezen vol. 1, p. 6, 17, 39.
17. *Schuurmans Stekhoven, J. H.*, Größere Sicherheit (gegen nicht absolut notwendige Einweisung in Anstalten). Maandbl. v. het Krankzinnigenwezen vol. 1, p. 49.
18. *Starlinger, Josef* (Mauer-Öhling), Über die Verwendung von weiblichem Pflegepersonal bei der Pflege von Geisteskranken. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 11/12, S. 73. (S. 100*.)
19. *van Walsem, G. C.*, Zur Abhilfe des Mangels an Plätzen für nicht bedürftige Geisteskranke. Maandbl. v. het Krankzinnigenw. vol. 1, p. 186.
20. *Stedman, Henry R.*, The development and operation of the law for hospitals observation of cases of alleged mental disease or defect in Massachusetts. (American neurolog. Ass., 41. ann. meet. New York, 6.—8. May 1915.) Rep.: The journ. of nerv. and ment. dis. vol. 43, no. 1, p. 47.
21. St. Hans Hospital 1816—1916, Jubilaeumsskrift udgivet paa Kobenhavns Magistrats foranstaltning ved August Wimmer. Kobenhavn, Gads Forlag. 78. S. (S. 99*.)
22. *White, William A.* (Washington), Dangers of the continous bath. The American journ. of insanity vol. 72, no. 3, p. 481.

Die Anfänge der Irrenfürsorge im Staate Massachusetts lassen sich, wie *Briggs* (1) berichtet, bis auf das Jahr 1764 zurückverfolgen, in welchem Jahre ein Thomas



Hancock eine Stiftung von 600 £ zum Bau eines Fürsorgehauses für Geisteskranke dieses Staates machte. Erst im Jahre 1839 wurde mit Hilfe dieses Legats das Boston-Lunatic-Hospital errichtet. Zu einem früheren Zeitpunkte, 1818, nahm das Mc Lean-Hospital Geisteskranke auf, Taunton-Hospital 1854, während andere Krankenhäuser erst nach 1877 besondere Einrichtungen zur Aufnahme Geisteskranker trafen bzw. eigentliche Irrenanstalten errichtet wurden. Gegenwärtig unterhält der Staat 10 Irrenanstalten, 2 Schools für Schwachsinnige, 2 desgleichen für Epileptiker, außerdem sind 27 Privatanstalten vorhanden. 9 Staatsanstalten haben Ausbildungsschulen für Wartpersonal. Verbrecherische Kranke werden im Bridgewater-Hospital untergebracht. Die Irrenfürsorge teilt sich in 3 Klassen: 1. sogenannte freiwillige Aufnahmen, 2. Beobachtungsstationen, 3. Aufnahme auf ärztliche oder behördliche Anordnung infolge schwerer geistiger Gebrechen oder Gemeingefährlichkeit. Außerdem sind noch die über das Land verteilten Außenstationen — out patient work — zu erwähnen, worüber im letzten Jahresbericht, vgl. *Briggs* and *Stearns* S. 139*, Mitteilung gemacht ist.

Zur Feier des 100jährigen Bestehens des St. Hans-Hospitals (21) veranstaltet der Kopenhagener Magistrat eine reich ausgestattete Jubiläumsschrift, für deren Herausgabe *August Wimmer* zeichnet. Der historische Teil ist von *Hjalmar Helweg* verfaßt und gibt ein anschauliches Bild über die Entstehung und Entwicklung der Anstalt, versehen mit Bildnissen hervorragender, um das Spital verdienter Persönlichkeiten und Abbildungen aus früheren Perioden. Das Spital in seiner jetzigen Bedeutung schildern *Steineß* und *August Wimmer* selbst. Ein trefflich ausgeführter Lageplan veranschaulicht die Anlage dieser bedeutenden und völlig neuzeitlichen Anstalt, die eine hervorragend schöne Lage am Roskilde Fjord besitzt und Platz für 1520 Patienten und 450 Angestellte bietet. Über neuzeitliche Behandlung Geisteskranker schließt sich eine Veröffentlichung *Wimmers* an, ebenfalls von historischen Gesichtspunkten ausgehend und mit bildlichem Material versehen, unter dem Reproduktionen alter Kupfer aus der alten Irrenbehandlung (Drehstuhl, Drehmaschinen, Zwangsvorrichtungen) besonders interessant und selten sind. *Wimmer* schreibt ferner über psychogene Krankheitsformen, *Axel Bisgaard* über Abderhaldens Enzyme und andere serologische Probleme, während *Emil Bertelsen* eine Abhandlung über syphilitische Hirnerkrankungen folgen läßt und *Svend Friedenreichs* Aufsatz über familiäre amaurotische Idiotie die Festschrift abschließt.

Hertlings (6) zeitgeschichtliche Mitteilung über das Vereinslazarett Galkhausen, ursprünglich erschienen in einer Lokalzeitung, veröffentlicht die Psych.-neurol. Wochenschrift ohne besondere Autorisation des Verfassers. Interessante Bilder aus dem Leben und Treiben an einem Reservelazarett füllen die Zeilen. Mit Kriegsbeginn waren zur Aufnahme Verwundeter sorgfältige Vorbereitungen getroffen und 300 Plätze bereitgestellt. Verpflegt wurden im ganzen 1818 Unteroffiziere und Mannschaften. Die Behandlung lag in den Händen weniger Ärzte, die Pflege wurde vom Anstaltspersonal und Kriegshelferinnen ausgeführt. Der allgemeine Gesundheitszustand war sehr gut, epidemische Erkrankungen, abgesehen von einigen eingeschleppten Typhusfällen, kamen nicht vor. Die Rekon-



valeszenten wurden in Feld und Garten und in den Anstaltswerkstätten beschäftigt; die Beteiligung war sehr rege. Die Bevölkerung war unermüdlich im Spenden von Gaben, für Erholung und Unterhaltung geschah das Möglichste. Das Vereinslazarett wurde Ende 1915 aufgelöst und die Plätze als Spezialazarett für Geisteskranke der Militärverwaltung zur Verfügung gestellt.

Über die Verwendung weiblichen Personals auf den Männerabteilungen liegen weitere Veröffentlichungen vor. *Starlinger* (18) berichtet, daß in Nieder-Österreich schon von jeher auf den Männerabteilungen weibliche Kräfte verwendet wurden, und er ist angenehm überrascht, daß die durch die Kriegsnöte erzwungene Verwendung des weiblichen Personals bei männlichen Kranken eine nicht ungünstige Beurteilung auch von anderer Seite erfährt. Ihm ist es nicht ganz begreiflich, weshalb die öffentlichen Anstalten fast ausschließlich bei der Verwendung männlichen Personals verblieben waren, da doch die Privatanstalten sich des weiblichen Personals mit Glück bedienten, die Frau ja auch zur Krankenpflege eine berufene Aufgabe habe. Zwar seien Bedenken nicht von der Hand zu weisen, namentlich mit Rücksicht auf die Pflegerin selbst, aber die Vorteile seien doch überwiegend. Sei auch auf schwierigen Posten der männliche Pfleger unentbehrlich, so sei es doch fraglos vorteilhaft und unbedenklich, Siechenabteilung, Lazarett und ruhige Stationen mit weiblichem Personal zu besetzen. Ja sogar aufgeregten Elementen gegenüber sei der Einfluß der weiblichen Pflegerin häufig von wohltätigem Nutzen. Zweifellos würden die während des Krieges gemachten Erfahrungen dazu beitragen, der weiblichen Pflege der Männer an den Heil- und Pflegeanstalten dauernd den Boden zu ebnen und es würde nur darauf ankommen, verläßliche Richtlinien zu finden, diese Pflegefrage zu regeln und zu umgrenzen.

Epstein (3) pflichtet den Anregungen *Starlingers* durchaus bei; auch in Angyalföld ist ausgedehnte Besetzung mit weiblichem Personal vorgenommen und sind die Erfahrungen gut. Zwar haben sich einige Unzuträglichkeiten ereignet, aber selbst bei der Pflege geisteskranker Krieger ist man nicht vor der dauernden Verwendung weiblicher Kräfte zurückgeschreckt.

Patschke (12) unterzieht das gesamte Krankenpflege-Personalwesen einer gründlichen Betrachtung, wobei er insbesondere die Ausbildung ins Auge faßt. Von einem historischen Rückblick ausgehend, leitet er über in die Zeit der außerordentlichen Entwicklung der medizinischen Wissenschaft im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts, zu welcher Zeit wesentlich erhöhte Anforderungen an die Leistungen der Hilfskräfte herantraten und zugleich ein großer Mangel an gut geschultem Personal sich geltend machte. Ein staatliches Eingreifen erschien unbedingt erforderlich und es trugen besonders die von *E. Dietrich* 1896 in seinem Aufsatze „Staat und Krankenpflege" gegebenen Anregungen dazu bei, daß eine Bewegung in dieser Richtung einsetzte. Der Bundesrat befaßte sich mit diesen Angelegenheiten und erließ geeignete Prüfungsvorschriften (1906); den Bundesstaaten wurde die Ausführung überlassen und damit einer erweiterten Ausbildung die Wege geebnet. *Patschke* schildert dann im einzelnen die jetzt vorhandenen Ausbildungsmöglichkeiten an Krankenanstalten, Kliniken, Lazaretten, Pflegerschulen und durch Kongregationen und Vereinigungen, zieht Vergleiche mit dem Auslande,



besonders Nordamerika und England, und kommt zu einer kritischen Würdigung mit dem Ergebnis, daß die Ausbildung noch intensiver und einheitlicher ausgestaltet werden müsse. Dem Pflegerwesen an den Irren- und Heilanstalten widmet Verf. breiteren Raum und stellt in einer Schlußbetrachtung das Ergebnis seiner Arbeit in einer Anzahl von Punkten zusammen. Ein reiches Quellenverzeichnis ist der sehr beachtenswerten Veröffentlichung beigefügt.

II. Anstaltsberichte.

1. Alsterdorfer Anstalten in Hamburg-Alsterdorf. Bericht für 1915. Dir.: Dr. *O. Palmer*. (S. 114*.)
2. Bayreuth, Oberfränkische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1915. K. Dir.: Dr. *Hock*. (S. 120*.)
3. Bergmannswohl. Unfall-, Nervenheilanstalt der Knappschafts-B.-G. Schkeuditz (Bezirk Halle a. S.). Bericht für 1915. Chefarzt: Prof. Dr. *Quensel*. (S.117*.)
4. Berlin. Bericht der Deputation für die städtische Irrenpflege. Berichte über die Anstalten Dalldorf, Herzberge, Buch und Wuhlgarten. Verw.-Bericht des Magistrats zu Berlin. Etatsjahr 1915. (S. 105*.)
5. Bernische Kantonale Irrenanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay. Bericht für 1915. (S. 122*.)
6. Breslau, Städtische Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke. Bericht für 1913. Dir.: Primärarzt San.-Rat Dr. *Hahn*. (S. 106*.)
7. Burghölzli, Züricherische Kantonale Irrenheilanstalt. Bericht für 1915. Dir.: Prof. Dr. *Bleuler*. (S. 123*.)
8. *Cery* (Lausanne), Asile. Bericht für 1915. Dir.: Prof. Dr. *Mahaim*. (S. 126*.)
9. Conradstein, Westpreußische Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1915. Dir.: Dr. *Braune*. (S. 105*.)
10. Dannemora, State Hospital, N. Y. Rep. for 1915. Dir.: *Charles H. North*, M. S. M. D. (S. 127*.)
11. Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt. Bericht für 1914/15 u. 1915/16. (Manuskript.) Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Kayser*. (S. 107*.)
12. Eglfing bei München, Oberbayer. Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1915. K. Dir.: Med.-Rat Dr. *Vocke*. (S. 118*.)



13. **Eichberg** im Rheingau, Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1915/16. Dir.: Dr. *Wachsmuth.* (S. 112*.)
14. **Ellen** (Bremen), St. Jürgen-Asyl für Geistes- und Nervenkranke. Bericht für 1915. Dir.: Prof. Dr. *Delbrück.* (S. 115*.)
15. **Ellikon** a. d. Thur, Trinkerheilstätte. Bericht für 1915. (S. 123*.)
16. **Friedmatt** (Basel), Kantonale Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1915. Dir.: Prof. Dr. *G. Wolff.* (S. 124*.)
17. **Gabersee**, Oberbayer. Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1915. Dir.: K. Med.-Rat Dr. *Dees.* (S. 119*.)
18. **Gehlsheim** bei Rostock i. M., Großherzogliche Irren-, Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1915. Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. *Schuchardt.* (S. 114*.)
19. **Haar** bei München, Oberbayer. Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1915. K. Dir.: Dr. *Blachian.* (S. 118*.)
20. **Hall** in Tirol, Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914 und 1915. (Manuskript.) Dir.: Dr. *H. Wassermann.* (S. 121*.)
21. **Hannover**, Bericht über die Heil- und Pflegeanstalten der Provinz Hannover zu Hildesheim, Göttingen, Osnabrück, Lüneburg und Langenhagen. Bericht für 1915/16. (S. 108*.)
22. **Haus Schönow** in Zehlendorf, Heilstätte für Nervenkranke. 1915. Stellvertr. Leiter: Prof. Dr. *Henneberg.* (S. 106*.)
23. **Herborn**, Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1915. Dir.: San.-R. Dr. *R. Snell.* (S. 113*.)
24. **Herisau**, Appenzell-Außerrhodische Heil- und Pflegeanstalt. VII. Jahresbericht, 1915, mit Anhang: Bevölkerungsbewegung der Anstalt 1911—1915. Dir.: Dr. *A. Koller.* (S. 126*.)
25. **Hördt** (Elsaß-Lothr.), Gemeinsame Pflegeanstalt. Bericht für 1915/16. Dir.: Dr. *Haberkant.* (S. 118*.)
26. **Königsfelden** (Aargau), Kantonale Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1915. Dir.: Dr. *Frölich.* (S. 125*.)
27. **Kreuzburg** (O.-Schles.), Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1915. Dir.: Dr. *Linke.* (S. 107*.)
28. **Kutzenberg**, Oberfränkische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1915. K. Dir.: Dr. *Oetter.* (S. 120*.)
29. **Lewenberg**, Kinderheim zu Schwerin. Großherzogl. Heil- und Pflegeanstalt für geistesschwache Kinder. Bericht für 1915/16. Dir.: Dr. *Rust.* (S. 114*.)

30. **Lindenhaus** bei Lemgo, Fürstl. Lippische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1915. Dir.: Med.-Rat Dr. *Alter*. (S. 116*.)
31. **Lohr** am Main, Unterfränkische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914 u. 1915. K. Dir.: Dr. *Ungemach*. (S. 120*.)
32. **Luzern**, Hilfsverein für arme Irren des Kantons. Jahresbericht 1915. (S. 127*.)
33. **Mariaberg**, Kgl. Württemb. O.-A. Reutlingen, Heil- und Pflegeanstalt für Schwachsinnige. Bericht für 1915/16. (S. 120*.)
34. **Münsterlingen**, Thurgauische Irrenanstalt. Bericht für 1915. Dir.: Dr. *H. Wille*. (S. 125*.)
35. **Neustadt** i. Holstein, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1915/16. Dir.: San.-Rat Dr. *Dabelstein*. (S. 107*.)
36. **Ostpreußen**, Bericht über die Anstalten Allenberg, Kortau und Tapiau für 1915. (S. 104*.)
37. **Rheinprovinz**, Die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten Andernach, Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Galkhausen, Grafenberg, Johannistal, Merzig und Brauweiler. Bericht für 1915/16. Düsseldorf, Der Landeshauptmann der Rheinprovinz. (S. 111*.)
38. **Rockwinkel** bei Bremen, Sanatorium für Nerven- und Gemütskranke. Bericht für 1915. Inh.: Dr. *Benning*. (S. 115*.)
39. **Roda**, Herzogl. Sächsisches Genesungshaus. Bericht für 1915. Dir.: Med.-Rat Dr. *Schäfer*. (S. 116*.)
40. **Roda**, Herzogl. Sächsisches Martinshaus. Dir.: Med.-Rat Dr. *Schäfer*. (S. 116*.)
41. **Schleswig (Stadtfeld)**, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1915/16. Dir.: Prof. Dr. *Kirchhoff*. (S. 108*.)
42. **Schleswig (Hesterberg)**, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt für Geistesschwache. Bericht für 1915/16. Dir.: Dr. med. *Zappe*. (S. 108*.)
43. **Sigmaringen**, Fürst-Carl-Landesspital. Bericht für 1915/16. Leit. Arzt: Dr. *End*. (S. 120*.)
44. **Sonnenhalde-Riehen** (Basel), Evangel. Heilanstalt für weibliche Nerven- und Gemütskranke. Bericht für 1915/16. (S. 124*.)
45. **Sophienhöhe** bei Jena, Trüpersches Erziehungsheim und Jugendsanatorium. Jubiläumsbericht 1915. (S. 117*.)
46. **Strecknitz-Lübeck**, Anstalt des Lübeckischen Staates für



Nervöse und Geisteskranke. Berichtsjahr 1915. Dir.: Dr. *Wattenberg.* (S. 115*.)

47. **Strelitz** (Alt-), Mecklenburg-Strelitzsche Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914 u. 1915. Dir.: San.-Rat. Dr. *Starke.* (S. 114*.)
48. **St. Pirminsberg** (St. Gallen), Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1915. Dir.: Dr. *Haeberlin.* (S. 125*.)
49. **St. Urban** (Luzern), Kantonale Irrenanstalt. Bericht für 1914 und 1915. Dir.: Dr. *Lisibach.* (S. 126*.)
50. **Tannenhof** bei Lüttringhausen (Rheinland), Evangel. Heil- und Pflegeanstalt für Gemüts- und Geisteskranke. Bericht für 1915/16. Leit. Arzt: Dr. *Beelitz.* (S. 113*.)
51. **Ungarn**, Das Irrenwesen Ungarns im Jahre 1915. Veröffentlicht vom Königl. Ungarischen Ministerium d. I. (S. 121*.)
52. **Waldhaus** (Chur), Kantonale Irren- und Krankenanstalt. Bericht für 1915. Dir.: Dr. *Jörger.* (S. 123*.)
53. **Wehnen**, Großherzogl. Oldenburgische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1915. Dir.: Med.-Rat Dr. *Brümmer.* (S. 117*)
54. **Wernigerode-Hasserode**, „Zum guten Hirten", Erziehungshaus. Bericht für 1915/16. (S. 117*.)
55. **Westfalen**, Bericht über die westfälischen Anstalten für Geisteskranke und Idioten. Die Provinzial-Heilanstalten Marsberg, Lengerich, Münster, Aplerbeck, Warstein, Gütersloh, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Eickelborn, Provinzialanstalt St. Johannisstift zu Nieder-Marsberg. Geschäftsjahr 1915/16. (S. 110*.)
56. **Wil** (St. Gallen), Kantonales Asyl. Bericht für 1915. Dir.: Dr. *Schiller.* (S. 124*.)
57. **Württemberg**, Hilfsverein für rekonvaleszente Geisteskranke. Rechenschaftsbericht für 1914 und 1915. (S. 127*.)
58. **Zürich**, Schweizerische Anstalt für Epileptische. Bericht für 1915. Ärztl. Leiter: Dr. med. *Ulrich.* (S. 123*.)

In den ostpreußischen Provinzialanstalten **Allenberg, Kortau, Tapiau** (36) gestaltete sich die Krankenbewegung wie folgt:

A. **Allenberg**: Anfangsbestand 1036 (510 M. 526 Fr.). Zugang 352 (181 M. 171 Fr.). Abgang 360 (195 M. 165 Fr.). Bleibt Bestand 1028 (496 M. 532 Fr.). davon in Familienpflege 81 (36 M. 45 Fr.). Genesen entlassen 15 = 4 % der Neu-



aufnahmen. Verstorben 10,3 % der Verpflegten. Tuberkuloseerkrankungen und Sterbefälle gegen das Vorjahr wiederum erhöht. Infektionskrankheiten nur vereinzelt aufgetreten. 3 Typhusfälle, ausgegangen von 2 Bazillenträgerinnen. Regelmäßig beschäftigt 67 vom Hundert.

B. Kortau: Anfangsbestand 969 (475 M. 494 Fr.). Zugang 599 (437 M. 162 Fr.). Abgang 536 (392 M. 144 Fr.). Bleibt Bestand 1032 (520 M. 512 Fr.), davon in Familienpflege 62 (41 M. 21 Fr.). Genesen entlassen 62 = 10,33 % der Neuaufnahmen. Verstorben 8,61 % der Verpflegten. 2 Typhuserkrankungen.

C. Tapiau: Anfangsbestand 1181 (575 M. 606 Fr.). Zugang 352 (221 M. 131 Fr.). Abgang 292 (167 M. 125 Fr.). Bleibt Bestand 1241 (629 M. 612 Fr.), davon in Familienpflege 90 (19 M. 71 Fr.), im Bewahrhause 64 M. Geheilt entlassen 14 = 4 % der Neuaufnahmen. Verstorben 7,46 % der Verpflegten.

Unter den Aufnahmen in Kortau befanden sich 273 Mlitärpersonen, in Tapiau 114, darunter eine Anzahl Russen. Aufnahmen aus der Zivilbevölkerung von Russ. Litauen fanden in Tapiau seit Anfang September statt. Die Wiederherstellungsarbeiten an den durch die russische Beschießung beschädigten Gebäuden in Tapiau waren schon im Dezember 1914 soweit vorgeschritten, daß der Anstaltsbetrieb voll wieder aufgenommen werden konnte; zurückgeführt wurden aus Kortau im Januar 150, im Juni 50 Kranke.

Conradstein (9): Anfangsbestand 1370 (732 M. 638 Fr.). Zugang 373 (229 M. 144 Fr.). Abgang 360 (211 M. 149 Fr.). Bleibt Bestand 1383 (750 M. 633 Fr.), davon in Familienpflege 107 (38 M. 69 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 290 (165 M. 125 Fr.), paralytischer Seelenstörung 28 (25 M. 3 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 13 (9 M. 4 Fr.), angeborener Geistesschwäche 21 (11 M. 10 Fr.), Alkoholismus 10 M., Morphinismus 1 M.; zur Beobachtung aufgenommen 10 (8 M. 7 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 42,09 %, bis 2 Monate 7,51 %, 3 Monate 8,58 %, 6 Monate 10,99 %, 1 Jahr 8,04 %, 2 und mehr Jahre 22,79 % der Aufnahmen. Krankheitsursachen: psychische bei 237 (175 M. 62 Fr.), Altersvorgänge 30 (1 M. 29 Fr.), Wochenbett 5 Fr., Epilepsie 6 (1 M. 5 Fr.), Unfall, Kopfverletzung 28 (5 M. 23 Fr.), Trunksucht 13 (12 M. 1 Fr.), Überanstrengung, Erschöpfung 19 (5 M. 14 Fr.), Arteriosklerose, Schlaganfall 1 M. 1 Fr., Chlorose, Menstruationsanomalien 3 Fr., Basedow 1 Fr., Nervenkrankheiten 3 Fr. Erbliche Belastung bei 75 (35 M. 40 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt 37, davon bestraft 26 vor, 7 nach Erkrankung. Entlassen geheilt 56 (32 M. 24 Fr.), gebessert 67 (38 M. 29 Fr.), ungeheilt 20 (11 M. 9 Fr.); nicht geisteskrank 7. Gestorben 202 (116 M. 86 Fr.), davon infolge Blutvergiftung, Eiterung 3 M., Ernährungsstörungen 9, Krankheiten des Nervensystems 30 (Hirnlähmung 23), Krankheiten der Atmungsorgane 94 (Lungenschwindsucht 48), des Gefäßsystems 39 (Herzschwäche 28), Darm- und Leberkrankheiten 26 (Typhus 1, Darmkatarrh 12), Geschwülste 4. — 4 neue Typhusfälle, 6 Bazillenträger neu ermittelt. Insgesamt vorhanden 75 Bazillenträger. Bazillennachweis im Rachenabstrich mit Erfolg versucht. — Gesamtausgabe 947 682,12 M.

Berlin, Städtische Irrenpflege (4): Gesamtanfangsbestand 8051, Zugang 3173, Abgang 3263, Schlußbestand 7961, davon in Privatanstalten 1638, in Familienpflege 676 Kranke.

Vom Gesamtbestand entfallen auf

Dalldorf: 2628 (1242 m. 1386 w.), davon in der Hauptanstalt 1204 (673 m. 531 w.), Idiotenanstalt 173 (119 M. 54 w.), Privatanstalten 910 (281 m. 629 w.), Familienpflege 341 (169 m. 172 w.).

Herzberge: 1661 (837 m. 824 w.), davon in der Hauptanstalt 1211 (692 m. 519 w.), Privatanstalten 310 (53 m. 257 w.), Familienpflege 140 (92 m. 48 w.).

Buch: 2274 (1108 m. 1166 w.), davon in der Hauptanstalt 1741 (905 m. 836 w.), Privatanstalten 345 (126 m. 219 w.), Familienpflege 188 (77 m. 111 w.).

Wuhlgarten: 1398 (786 m. 612 w.), davon in der Hauptanstalt 1318 (738 m. 580 w.), Privatanstalten 73 (41 m. 32 w.), Familienpflege 7 m.

Krankheitsformen der Gesamtaufnahme (3173 Kr.): einfache Seelenstörung bei 1392 (34 % der m., 63 % der w. Aufn.), paralytische Seelenstörung 444 (15 % m. 12 % w.), Seelenstörung mit Epilepsie 522 (17 % m., 15 % w.), desgleichen verbunden mit Hysterie 52 (2 % m., 1 % w.), Idiotie, Imbezillität 263 (8 % m., 8 % w.), chron. Alkoholismus 394 (19 % m., 4 Fr.); zur Beobachtung aufgenommen 100 M. 5 Fr.

Von den in Wuhlgarten aufgenommenen 305 m. Epileptikern waren Trinker 195, m. Hysterischen (33) 10, m. Hysteroepileptischen (16) 4 Trinker, 131 epilept. Fr. 1 Trinkerin. Dortselbst waren von den Aufnahmen bestraft 61¾ % der M. 1⅔ % der Fr.; erblich belastet in bezug auf Trunksucht 49 % M., 24,5 % Fr., 34,75 % Kn., 40 % Md.

Von den Gesamtaufnahmen mit dem Strafgesetz in Konflikt 48 % M. 7 % Fr.; gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch bei 41 % M. 3% Fr. Vom Gesamtabgang entlassen geheilt oder gebessert 57 % m., 36 % w., ungeheilt 20 % m. 12 % w. An Strafanstalten usw. abgegeben 59 M. 10 Fr., in Untersuchungshaft zurück 22 M. 1 Fr., Soldaten aus der Beobachtung entlassen 46 M.; Zivilisten 9 P. Gestorben sind insgesamt von 11224 Verpflegten 979 (537 m. 442 w.) = 11,5 % der Verpflegten, davon starben infolge Altersschwäche 14 % m. 4 %w., Erschöpfung 8 % m. 6 % w., Herzkrankheiten 37 % m. 37 % w., organische Hirnkrankheiten 11 % m. 7 % w., Gehirnerweichung 15 % m. 2 % w., Lungenentzündung 10 % m. 8 % w., Lungenkrankheiten 3 % m. 8 % w., Tuberkulose 1 % m. 2 % w., Selbstmord 2. — Gesamtausgabe 8827011,62 M., davon Kriegsausgaben 283004,50 M.

Haus Schönow (22) ist seit Kriegsausbruch Reservezlazarett, Spezial-lazarett für Nervenkranke, belegt zum größten Teil mit nervenkranken Offizieren und Mannschaften. 200 Betten.

Breslau (6): Anfangsbestand 135 (60 m. 75 w.). Krankenzugang 1095 (732 m. 363 w.). Abgang 1052 (697 m. 355 w.). Durchschnittlich täglicher Krankenbestand 126 P. Vom Zugang litten an einfach erworbenen Psychosen 298 (152 m., 146 w.), konstitutionellen Psychosen 159 (122 m. 37 w.), epileptisch-hysterischen Formen 168 (104 m. 64 w.), alkoholischen u. a. intox. Psychosen 232 (196 m. 36 w.), paralytischen, senilen und sonstigen organischen Geisteskrankheiten 238 (158 m. 80 w.). Von 795 aus der Pflege ausgeschiedenen waren geheilt 17,1 %, gebessert 35,8 %, ungeheilt 32,5 %. Gestorben 14,6 %. Die Poliklinik konnte infolge der Zeitumstände nicht abgehalten werden. — Gesamtausgabe 311 947,84 M.



Kreuzberg, O.-Schl. (27): Anfangsbestand 593 (338 M. 255 Fr.). Zugang 126 (75 M. 51 Fr.). Abgang 101 (69 M. 32 Fr.). Bleibt Bestand 589 (337 M. 252 Fr.), davon in Familienpflege 20 (2 M. 18 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 93 (49 M. 44 Fr.), paralytischer Seelenstörung 10 (9 M. 1 Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 8 (7 M. 1 Fr.), Idiotie, Imbezillität 7 (3 M. 4 Fr.), Hysterie 1 M.; zur Beobachtung 9, davon nach § 81 StPO. 8. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 18 M. 17 Fr., 3 Monate 10 M. 5 Fr., 6 Monate 13 M. 3 Fr., 1 Jahr 7 M. 1 Fr., 2 Jahre 6 M. 2 Fr., 5 Jahre 5 M. 3 Fr., mehr als 5 Jahre 8 M. 9 Fr., von Kindheit an 1 M. 5 Fr. Krankheitsursachen: Syphilis bei 7 (6 M. 1 Fr.), Trunksucht 2 M., Kopfverletzung und Unfall 5 M. u. 1 Fr. Schreck 2 M., Kriegsdienst 13 M., Gemütserschütterung 9 (3 M. 6 Fr.), Arterienv rkalkung, Altersveränderungen 10 (2 M. 8 Fr.), Erkältung, Hitzeeinwirkung 2 M. 1 Fr., Entbindung, Erschöpfung 3 M. 1 Fr., akuter Gelenkrheumatismus 1 M., multiple Sklerose, Chorea Huntington je 1 Fr. Mit dem Strafgesetz in Konflikt 14 M. 4 Fr. Entlassen geheilt 11 (8 M. 3 Fr.), gebessert 26 (21 M. 5 Fr.), ungeheilt 6 (2 M. 4 Fr.), nach geschl. Beobachtung 7 (6 M. 1 Fr.). Gestorben 46 (29 M. 17 Fr.), im Vorjahre 71 (33 M. 38 Fr.). Todesursache war Gehirnerweichung bei 10 (8 M. 2 Fr.), Tuberkulose bei 5, Entkräftung 11, Altersschwäche 8.

Dziekanka (11): 1914: Anfangsbestand 678 (349 M. 329 Fr.). Zugang 212 (120 M. 92 Fr.). Abgang 190 (112 M. 78 Fr.). Bleibt Bestand 700 (357 M. 343 Fr.). Zugang 1915: 196 (92 M. 104 Fr.). Abgang 191 (100 M. 91 Fr.). Bleibt Bestand 705 (349 M. 356 Fr.). Vom Zugang 1914 litten an einfacher Seelenstörung 173 (93 M. 80 Fr.), paralytischer 11 (8 M. 3 Fr.), alkoholischer 6 M., epileptischer 2 M., hysterischer Seelenstörung 3 (1 M. 2 Fr), Imbezillität, Idiotie 12 (5 M. 7 Fr.), nicht geisteskrank 5 M. Erbliche Belastung nachweisbar bei 72 (38 M. 34 Fr.) = 29,5 %, kriminell belastet 21 (18 M. 3 Fr.), zur Beobachtung gerichtsseitig überwiesen 7 (6 M. 1 Fr.). Vom Zugang 1915 litten an einfacher Seelenstörung 141 (55 M. 86 Fr.), paralytischer 14 (12 M. 2 Fr.), alkoholischer 6 (5 M. 1 Fr.), hysterischer 4 Fr., epileptischer Seelenstörung 7 (6 M. 1 Fr.), Imbezillität, Idiotie 18 (10 M. 8 Fr.); nicht geisteskrank 6 (4 M. 2 Fr.), Erblichkeit erwiesen bei 64 (37 M. 27 Fr.) = 33 %, mit den Strafgesetzen in Konflikt 16 (10 M. 6 Fr.), gerichtsseitig zur Beobachtung 2 M. 2 Fr. Entlassen geheilt 1914 = 35 (25 M. 10 Fr.), 1915 = 32 (18 M. 14 Fr.), gebessert 1914 = 50 (27 M. 23 Fr.), 1915 = 27 (14 M. 13 Fr.), ungeheilt 1914 = 51 (33 M. 18 Fr.), davon wegen Überfüllung nach Obrawalde überführt 20 P., 1915 ungeheilt entlassen 26 (15 M. 11 Fr.). Gestorben 1914 = 49 (22 M. 27 Fr.), 1915 = 96 (47 M. 49 Fr.), davon infolge Tuberkulose 17 (7 M. 10 Fr.) bzw. 23 (10 M. 13 Fr.).

Neustadt, Holstein (35): Anfangsbestand 1131 (658 M. 473 Fr.). Zugang 141 (85 M. 56 Fr.). Abgang 239 (161 M. 78 Fr.). Bleibt Bestand 1033 (582 M. 451 Fr.), davon in Familienpflege 81 (25 M. 56 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 87 (46 M. 41 Fr.), paralytischer 16 (15 M. 1 Fr.), Imbezillität, Idiotie und Kretinismus 11 (9 M. 2 Fr.), Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 12 (5 M. 7 Fr.), Hysterie 1 M. 1 Fr., Alkoholismus 8 (6 M. 2 Fr.); zur Beobachtung 4 (2 M. 2 Fr.). Vorbestraft 12 M. = 14,1 % des Zugangs, 1 Fr., Erblichkeit bei 15 M. = 17,6 %, 4 Fr. = 6,8 %, Potus 7 M. = 8,2 %, 2 Fr. = 3,4 %. Im festen Hause am



Jahresschluß 13 gegen 31 im Vorjahre. Entlassen geheilt 2 M. 3 Fr., gebessert 59 (36 M. 23 Fr.), ungeheilt 38 (19 M. 19 Fr.), davon nach anderen Anstalten 14 (7 M. 7 Fr.); nicht geisteskrank 1 M. Gestorben 136 (103 M. 33 Fr.), davon infolge Lungenschwindsucht 16 (11 M. 5 Fr.), Herzaffektionen 22 (12 M. 10 Fr.), Arterienverkalkung 7 (6 M. 1 Fr.), Paralyse 17 (15 M. 2 Fr.), Epilepsie 8 M., Erschöpfung Altersschwäche 23 (18 M. 5 Fr.), Darmkatarrh 20 (15 M. 5 Fr.). An Tuberkulose erkrankt 20 (12 M. 8 Fr.). — Nervenerholungsheim für Kriegsbeschädigte eröffnet September 1915 mit 90 Betten. Gesamtausgaben 814070,48 M.

Schleswig, Stadtfeld (41): Anfangsbestand 1172 (587 M. 585 Fr.). Zugang 538 (281 M. 257 Fr.). Abgang 474 (265 M. 209 Fr.). Bleibt Bestand 1236 (603 M. 633 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 424 (205 M. 219 Fr.), paralytischer 46 (40 M. 6 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 21 (12 M. 9 Fr.), Imbezillität, Idiotie 42 (19 M. 23 Fr.), Delirium potator. 3 M.; nicht geisteskrank 2. Unter den Krankheitsursachen Familienanlage bei 154 (55 M. 99 Fr.), Alkoholismus 18 (16 M. 2 Fr.), Lues 21 (19 M. 2 Fr.); deprimierende Gemütsaffekte bei 35 (12 M. 13 Fr.). Aus der Kieler Klinik kamen 69 M. 84 Fr.; Militärpersonen waren aufgenommen 108, darunter Marine 11, Kriegsgefangene 6. Zur Beobachtung überwiesen 12, davon von Militärbehörden 5. Vom Gesamtbestand entlassen geheilt 51 (22 M. 29 Fr.), gebessert 126 (67 M. 59 Fr.), ungeheilt 111 (65 M. 46 Fr.). Gestorben 181 (106 M. 75 Fr.), davon an Lungentuberkulose 28 (im Vorjahre 12). Gesamtausgabe 1077413,26 M.

Schleswig, Hesterberg (42): Anfangsbestand 406 (239 m. 167 w.). Zugang 72 (38 m. 34 w.). Abgang 37 (35 m. 12 w.). Bleibt Bestand 441 (252 m. 189 w.), davon in Familienpflege 6. Vom Zugang litten an Idiotie 39 (22 m. 17 w.), an Schwachsinn 33 (25 m. 12 w.). Entlassen gebessert 1 m. 1 w., nicht gebessert 10 (3 m. 7 w.), davon nach anderen Anstalten 6. Gestorben 25 (21 m. 4 w.), davon infolge Tuberkulose 6. Von den 72 Aufgenommenen unreinlich 44 (25 m. 19 w.). Schulbesuch, Ende des Berichtsjahres 96 (45 Kn. 51 Md.). Beschäftigung in Werkstätten, Gärtnerei, Haushalt 51 Kn. 12—14 Md. — Ein Haus wurde als Reservelazarett zur Verfügung gestellt, durchschnittliche Belegung täglich 145 Kranke und Verwundete. — Gesamtausgabe: 314 030,25 M.

Über die Heil- und Pflegeanstalten der Provinz Hannover *(21)* ist ein gemeinsamer Bericht herausgegeben, diesem ist zu entnehmen für

Hildesheim: Anfangsbestand 687 (415 M. 272 Fr.). Zugang 463 (239 M. 224 Fr.). Abgang 391 (208 M. 183 Fr.). Bleibt Bestand 759 (446 M. 313 Fr.), davon in der Kolonie Einum 78 M. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 320 (142 M. 178 Fr.), Gehirngeschwulst 1 M., Paralyse 67 (42 M. 25 Fr.), Epilepsie oder Hysterie mit Seelenstörung 43 (29 M. 14 Fr.), Imbezillität mit Seelenstörung 22 (17 M. 5 Fr.); zur Beobachtung 10 (8 M. 2 Fr.). Unter den Krankheitsursachen Greisenalter bei 43 (9 M. 34 Fr.), Heredität 15 (6 M. 9 Fr.), Trunksucht 6 (5 M. 1 Fr.), Syphilis 43 (37 M. 6 Fr.), Unfall 10 (7 M. 3 Fr.), Haft 2 M., Entwicklungsalter 35 (2 M. 33 Fr.), Wechseljahre 18 Fr., Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett 9 Fr., psychische Ursachen 20 Fr., Krieg 98 (93 M. 5 Fr.). Entlassen geheilt 27 (7 M. 20 Fr.), gebessert 104 (70 M. 34 Fr.), ungeheilt 148 (64 M. 84 Fr.); nicht

geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.). Gestorben 109 (65 M. 44 Fr.) = 9,48 % der Verpfl. Todesfälle an Paralyse 39,45 %, Tuberkulose 6,42 % der Ges.-Mortalität. Heeresangehörige aufgenommen 94 (Landheer 86, Marine 8), Kriegs- und Zivilgefangene 18 M. 2 Fr. — Bewirtschaftet 134 ha.; rechnungsmäßiger Reingewinn 122 679,47 M. bei 299 786,15 M. Gesamteinnahme.

Göttingen: Anfangsbestand 510 (348 M. 162 Fr.). Zugang 250 (145 M. 105 Fr.). Abgang 259 (153 M. 106 Fr.). Bleibt Bestand 501 (340 M. 161 Fr.); in Familienpflege 56 (40 M. 16 Fr.). Zur Beobachtung 7 M. Entlassen geheilt 10 (6 M. 4 Fr.), gebessert 68 (33 M. 35 Fr.), ungeheilt 94 (51 M. 43 Fr.), nicht geisteskrank 4. Gestorben 83 (59 M. 24 Fr.) = mehr als 10 % der Verpflegten. Heeresangehörige im Reservelazarett verpflegt und behandelt 3 Offiziere, 79 Mannschaften. Geisteskranke Kriegs- und Zivilgefangene aufgenommen 7. Landwirtschaftlicher Betrieb mit 55899,82 M. Reingewinn bei 145223,50 M. Einnahme.

Im Provinzialverwahrungshause: Anfangsbestand 45. Zugang 4. Abgang 4. Von 49 Behandelten mit dem Strafgesetz im Konflikt 46, davon nach § 51 überwiesen 15, verurteilt und in Strafhaft erkrankt 18, früher verurteilt und zuletzt unter § 51 gestellt 13. Zum erstenmal eingewiesen 28, wiederholt in Anstalten 21. Ausgesprochene Psychose bei allen 49 (Schwachsinn 7). Gestorben 4.

Osnabrück: Anfangsbestand 376 (200 M. 176 Fr.). Zugang 199 (127 M. 72 Fr.). Abgang 179 (108 M. 71 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 134 (81 M. 53 Fr.), seniler Seelenstörung 16 (11 M. 5 Fr.), paralytischer 3 (2 M. 1 Fr.), epileptischer 21 (14 M. 7 Fr.), hysterischer Seelenstörung 5 (4 M. 1 Fr.), Imbezillität 9 (5 M. 4 Fr.), Idiotie 1 Fr., alkoholischer Seelenstörung 3 M.; nicht krank 7 M. Vor der Aufnahme krank weniger als 3 Monate 61 (37 M. 24 Fr.), 3—6 Monate 25 (17 M. 8 Fr.), 6—12 Monate 11 (5 M. 6 Fr.), 1—2 Jahre 12 (8 M. 4 Fr.), länger als 2 Jahre 62 (41 M. 21 Fr.), angeboren 9 (6 M. 3 Fr.), unbekannt 12 (6 M. 6 Fr.). Mutmaßliche Krankheitsursachen: Alkohol bei 5 M., Epilepsie 13 (8 M. 5 Fr.), Trauma 1 M., Senium 15 (10 M. 5 Fr.), Militärdienst 22 M., erbliche Belastung 48 (23 M. 25 Fr.). Erbliche Belastung überhaupt bei 26 M. 32 Fr. Entlassen geheilt 32 (19 M. 13 Fr.), gebessert 40 (23 M. 17 Fr.), nicht gebessert 48 (24 M. 24 Fr.); nicht geisteskrank 9 M. Zur Beobachtung 15 M. 1 Fr. Unter den Aufnahmen 26 Heeresangehörige, 7 Ausländer aus Gefangenlagern. Gestorben 50 (33 M. 17 Fr.) = 13,4 % der Verpflegten, davon an Tuberkulose 2 M. 3 Fr. Reingewinn des landwirtschaftlichen Betriebs 6257,05 M. bei 61057,33 M. Einnahme. Bewirtschaftet 28,28 ha.

Lüneburg: Anfangsbestand 988 (535 M. 453 Fr.). Zugang 310 (174 M. 136 Fr.). Abgang 333 (191 M. 142 Fr.). Bleibt Bestand 965 (518 M. 447 Fr.). Zur Beobachtung aufgenommen nach § 81 StPO. 6 M. 1 Fr., davon geisteskrank 3 M. 1 Fr., zur Begutachtung auf Erwerbsfähigkeit aufgenommen 2 M., erwerbsfähig. Entlassen geheilt 19 (14 M. 5 Fr.), gebessert 93 (55 M. 38 Fr.), ungeheilt 107 (65 M. 42 Fr.), davon nach anderen Anstalten überführt 63 (24 M. 39 Fr.).; nicht geisteskrank 7 M. Gestorben 107 (65 M. 42 Fr.). Abteilung für Trinker in Brockwinkel belegt mit 11, Zugang 5, wurde mit Schluß des Jahres aufgegeben. Im Reservelazarett der Anstalt behandelt bis Ende März 1916 = 1125 Verwundete und Kranke.



Gesamteinnahme der landwirtschaftlichen Betriebe 485 870,38 M. Ausgabe 476 985,01 M. (Belastung aus den Vorjahren 65 000 M.), rechnungsmäßiger Reingewinn 8885,37 M.

Langenhagen: Gesamtanfangsbestand 992 (570 m. 422 w.). Zugang 532 (299 m. 233 w.). Abgang 565 (338 m. 227 w.). Bleibt Bestand 959 (531 m. 428 w.). Im einzelnen: a) Heil- u. Pflegeanstalt für Geistesschwache: Anfangsbestand 826 (414 m. 412 w.). Zugang 121 (64 m. 57 w.), darunter Minderjährige bis zum Alter von 15 Jahren = 84. Abgang 139 (92 m. 47 w.). Bleibt Bestand 808 (386 m. 422 w.). Entlassen 68 (56 m. 12 w.). Gestorben 71 (36 m. 35 w.) = 7,49 % der Verpflegten gegen 4,64 % im Vorjahre, an Tuberkulose gestorben 25. Schulbesuch zu Beginn 112 (62 m. 50 w.), am Schlusse des Schuljahres 94 (51 m. 43 w.). b) Filiale Himmelstür: Anfangsbestand 149 m. Zugang 37. Bestand 136, davon Epileptische 8. Gestorben 50. c) Beobachtungsstation: Aufgenommen 374 (198 M. 176 Fr.), davon aus dem Bezirk Hannover-Stadt 264 (131 M. 133 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 196 (71 M. 125 Fr.), Paralyse 56 (36 M. 20 Fr.), Epilepsie 30 (18 M. 12 Fr.), Idiotie, Imbezillität 16 (9 M. 7 Fr.), Alkoholdelirium 29 (26 M. 3 Fr.), Morphin. 1 M., Hysterie 11 (4 M. 7 Fr.); zur Beobachtung 34 (33 M. 1 Fr.). Polizeilich eingeliefert 15 M. 15 Fr. Nach Anstalten überführt 190 (79 M. 111 Fr.). Gestorben 18 M. 2 Fr. — Bewirtschaftet insgesamt 134,13 ha. Gesamteinnahme des landwirtschaftlichen Betriebes 142 628,23 M. Ausgaben 106 824,23 M. Überschuß 35 803,94 M.

In den westfälischen Provinzialanstalten (55) war ein Gesamtanfangsbestand von 5432 P. Zugang 1812. Abgang 1691. Schlußbestand 5651. Davon entfallen auf

Marsberg: Anfangsbestand 605 (311 M. 294 Fr.). Zugang 136 (69 M. 67 Fr.). Abgang 117 (70 M. 47 Fr.). Bleibt Bestand 624 (310 M. 314 Fr.), in Familienpflege 14 (11 M. 3 Fr.). Geheilt entlassen 15 (9 M. 6 Fr.) = 13,89 % der Aufnahmen. Gebessert 48 (24 M. 24 Fr.), ungeheilt 10 (8 M. 2 Fr.). Gestorben 42 (27 M. 15 Fr.) = 5,67 % der Verpflegten. An Typhus erkrankt 3 Schw., 1 Geisteskranker, alle genesen. 9 Bazillenträgerinnen ermittelt. Unter den Aufgenommenen 7 Heeresangehörige, 1 französischer Kriegsgefangener. 5 Kriegsgefangene ungeheilt nach anderer Anstalt überführt.

Lengerich i. W.: Anfangsbestand 815 (412 M. 403 Fr.). Zugang 251 (184 M. 67 Fr.). Abgang 184 (131 M. 53 Fr.). Bleibt Bestand 882 (465 M. 417 Fr.). Familienpflege: Anfangsbestand 184 (89 M. 95 Fr.), Schlußbestand 203 (100 M. 103 Fr.). Entlassen geheilt 40 (26 M. 14 Fr.), gebessert 59 (48 M. 11 Fr.), ungeheilt 18 (13 M. 5 Fr.), nach Beobachtung 9 M. Gestorben 58 (35 M. 23 Fr.) = 5,44 % der Verpflegten. Unter den Verpflegten 20 Militärpersonen.

Münster: Anfangsbestand 658 (297 M. 361 Fr.). Zugang 481 (392 M. 89 Fr.). Abgang 463 (380 M. 83 Fr.). Bleibt Bestand 676 (309 M. 367 Fr.), davon Familienpfleglinge 20 (9 M. 11 Fr.), in Koloniepflege auf Gut Kinderhaus 23 M. Entlassen geheilt 65 (54 M. 11Fr.), gebessert 172(137 M. 35 Fr.), ungeheilt 127 (115 M. 12 Fr.), davon nach anderen Anstalten 74 (69 M. 5 Fr.), nach Beobachtung 56 (52 M. 4 Fr.), nicht geisteskrank 3 M. Gestorben 40 (19 M. 21 Fr.) = 3,51 % der Verpflegten.



eresseitig zugewiesen 282 M., davon zur Beobachtung 51. Am Schluß des Jahres h in der Anstalt 72 M. Kriegsgefangene 12.

Aplerbeck: Anfangsbestand 691. Aufnahmen 278 (176 M. 102 Fr.), davon Heeresangehörige, 23 Kriegsgefangene. Abgang 245 (155 M. 90 Fr.). Bleibt stand 724, davon in Familienpflege 19 (9 M. 10 Fr.). Entlassen geheilt 32 (23 M. Fr.), gebessert 39 (20 M. 19 Fr.), ungeheilt 62 (46 M. 16 Fr.), nicht geisteskrank M., nach Beobachtung 18 (15 M. 3 Fr.). Gestorben 91 (48 M. 43 Fr.) = 9,39 % r Verpflegten.

Warstein: Anfangsbestand 1460 (704 M. 756 Fr.). Zugang 319 (139 M.) Fr.). Abgang 170 (75 M. 95 Fr.). Bleibt Bestand 1447, davon in Familien-ege 106 (24 M. 82 Fr.). Entlassen geheilt 51 (16 M. 35 Fr.), gebessert 84 (46 M. Fr.), ungeheilt nach anderen Anstalten 24 (9 M. 15 Fr.), nicht geisteskrank bzw. ch Beobachtung 11 (4 M. 7 Fr.). Gestorben 162 (87 M. 75 Fr.) = 9,11 % der rpflegten. Typhus auf 26 von 41 Abteilungen, erkrankt 67 Kranke (43 Fr. 24 M.), Pflegerinnen, 2 Pfleger, 1 Angestellter, gestorben 7 Kranke.

Gütersloh wird als Kriegsgefangenenlager ben tzt.

Eickelborn: Anfangsbestand 1203 (587 M. 616 Fr.). Zugang 347 (212 M. 35 Fr.). Abgang 252 (148 M. 104 Fr.). Bleibt Bestand 1298 (651 M. 647 Fr.), avon in Familienpflege 95 (47 M. 46 Fr.). Im Bewahrhause untergebracht Beginn 59, Zugang 23, davon 12 aus Strafanstalten und Gefängnissen; in die entralanstalt verlegt 5, anderweitig verlegt oder entlassen 17, gestorben 1 Kr. chlußbestand 64. Vom Gesamtbestande entlassen geheilt 30 (16 M. 14 Fr.), gebessert 62 (37 M. 25 Fr.), ungeheilt und nach anderen Anstalten 20 (12 M. 8 Fr.). estorben 133 = 8,58 % der Verpflegten.

St. Johannisstift: Anfangsbestand 580. Aufnahmen 63, davon i. A. bis u 15 Jahren 61 (25 m. 16 w.). Abgang 38. Bleibt Bestand 605. Von den Entassenen gebessert 7, ungeheilt 6. Gestorben 25. — Im Kriegslazarett der Anstalt erpflegt 199 Verwundete.

Rheinprovinz (37): Gesamtanfangsbestand 7598 (4145 M. 3453 Fr.). Zugang 5253 (3516 M. 1737 Fr.). Abgang 4919 (3263 M. 1556 Fr.). Bleibt Bestand 7932 (4398 M. 3534 Fr.). Davon entfallen auf

Andernach: Anfangsbestand 583 (312 M. 271 Fr.). Zugang 474 (338 M. 136 Fr.). Abgang 434 (304 M. 130 Fr.). Bestand 623 (346 M. 277 Fr.).

Bedburg-Hau: Anfangsbestand 1879 (1034 M. 845 Fr.). Zugang 340 (178 M. 162 Fr.). Abgang 433 (259 M. 174 Fr.). Bleibt Bestand 1786 (953 M. 833 Fr.).

Bonn: Anfangsbestand 965 (490 M. 475 Fr.). Zugang 913 (532 M. 381 Fr.). Abgang 891 (503 M. 388 Fr.). Bleibt Bestand 987 (519 M. 468 Fr.).

Düren: Anfangsbestand 746 (425 M. 321 Fr.). Zugang 404 (289 M. 115 Fr.). Abgang 328 (247 M. 81 Fr.). Bleibt Bestand 822 (467 M. 355 Fr.).

Galkhausen: Anfangsbestand 814 (423 M. 391 Fr.). Zugang 685 (395 M. 290 Fr.). Abgang 650 (393 M. 257 Fr.). Bleibt Bestand 849 (425 M. 424 Fr.).

Grafenberg: Anfangsbestand 816 (464 M. 352 Fr.). Zugang 838 (535 M. 303 Fr.). Abgang 767 (500 M. 267 Fr.). Bleibt Bestand 887 (499 M. 388 Fr.).

Johannistal: Anfangsbestand 930 (522 M. 408 Fr.). Zugang 1079 (882 M. 197 Fr.). Abgang 852 (673 M. 179 Fr.). Bleibt Bestand 1157 (731 M. 426 Fr.).



Merzig: Anfangsbestand 811 (421 M. 390 Fr.). Zugang 510 (357 M. 153 Fr.). Abgang 556 (376 M. 180 Fr.). Bleibt Bestand 765 (402 M. 363 Fr.).

Brauweiler: Anfangsbestand 54 M. Zugang 10. Abgang 8. Bleibt Bestand 56.

Vom Gesamtzugang litten an einfacher Seelenstörung 3083 (1770 M. 1313 Fr.), paralytischer 448 (341 M. 107 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 493 (338 M. 155 Fr.), Epilepsie 93 (56 M. 37 Fr.), Imbezillität, Idiotie 245 (149 M. 96 Fr.), Delir. pot. 85 (77 M. 8 Fr.); nicht geisteskrank 129 (108 M. 21 Fr.). Erbliche Belastung bei 943 (457 M. 486 Fr.) = 17,9 % der Aufgenommenen (im Vorjahre 23,8 %); vorheriger Alkoholmißbrauch in 376 Fällen (282 M. 114 Fr.) = 7,1 % (im Vorjahre 13,9 %). Vor der Aufnahme mit dem Strafgesetz in Konflikt 327 (288 M. 39 Fr.) = 6,2 % (im Vorjahre 8,2 %). Aus Strafhaft unmittelbar eingeliefert 1915 = 112 P. und 63 Soldaten, 1914 = 161 P. Die drei Bewahrhäuser wieder vollbelegt. In Bedburg-Hau seit Eröffnung aufgenommen 127 Kranke, jetziger Bestand 51, also entlassen bzw. Abgang 76. Von den Entlassenen kamen in Strafhaft zurück 31, in die Hauptanstalt 6, andere Bewahrhäuser und zur Arbeitsanstalt 6, nach auswärts überführt 9, nicht mehr pflegebedürftig entlassen 15, zur Beobachtung für 6 Wochen 3, gestorben 6. Vom Gesamtbestand geheilt bzw. gebessert entlassen 717 (503 M. 214 Fr.) und 1247 (836 M. 411 Fr.), und zwar von Andernach 22 % des Verpflegtenbestandes bei 46 % Aufnahmen, Bedburg-Hau 6,5 : 15,3 %, Bonn 15,5 : 48,6 %, Düren 17,2 : 35,1 %, Galkhausen 20,2 : 45,6 %, Grafenberg 17,0 : 48,9 %, Merzig 17,7 : 39,2 %, Brauweiler 3,1 : 15,6 %. Außerhalb dieser Berechnung 135 Nichtgeisteskranke. Gestorben sind 1156 (641 M. 515 Fr.) = 9 % der Verpflegten (im Vorjahre 8,4 %) = einem Mehr von 0,6 %, darunter nur 3 Selbstmordfälle. Infolge progressiver Paralyse waren verstorben 273 (208 M. 65 Fr.) = 23,6 %, gegen das Vorjahr mehr: 0,6 %; in Grafenberg 42,7 % der Todesfälle Paralyse. An Tuberkulose litten vom Gesamtbestande 125 (42 M. 83 Fr.) = 0,9 % gegen 1,3 % im Vorjahre. Höchster Prozentsatz Merzig mit 1,7 %, geringster Galkhausen 0,3 % (im Vorjahre 0,2 %). Von den Tuberkulösen (125) und Tuberkuloseverdächtigen (50) waren verstorben 108 = 0,8 % der Verpflegten. Davon entfallen auf Andernach 5 % (im Vorjahre 12,5 %), Bedburg-Hau 22,7 % (19,23%), Bonn 4,7 % (9,8 %), Düren 13,42 % (13,6 %), Galkhausen 2,7 % (0,0 %), Grafenberg 2,08 % (3,9 %) Johannistal 6,1 % (4,4 %), Merzig 15,9 % (18 %). Typhuserkrankungen in Bedburg-Hau als erloschen anzusehen Ende März 1915, dennoch aber umfangreiche Schutzimpfungen. In Düren 1 Fall, Johannistal 3. Keine Ruhrerkrankungen; Erysipel in Andernach mit 8, Bonn 11, Düren 6, Galkhausen 5, Grafenberg 4, Johannistal und Merzig 8 Fällen. — Durchschnittskosten pro Kranken und Tag 1,90 M. Gesamtausgabe 6 846 820,10 M., davon für außergewöhnliche Bauausführungen 22 153,05 M.

Eichberg (13): Anfangsbestand 715 (387 M. 328 Fr.). Zugang 223 (132 M. 91 Fr.). Abgang 242 (166 M. 76 Fr.). Bleibt Bestand 696 (353 M. 343 Fr.). Familienpflege: Anfangsbestand 81 (29 M. 52 Fr.). Schlußbestand 78 (30 M. 48 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 147 (71 M. 76 Fr.), paralytischer 24 (22 M. 2 Fr.), Imbezillität, Idiotie 19 (13 M. 6 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 7 (6 M.



1 Fr.), hysterischer Seelenstörung 6 (2 M. 4 Fr.), Alkoholismus 10 M., psychopathischer Konstitution 3 (2 M. 1 Fr.), organischer Gehirnerkrankung nach Trauma, Tabes, postapoplekt. Demenz, Morphinismus je 1 M.; nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.). Erbliche Belastung nachweisbar in 52 Fällen (33 M. 19 Fr.). Belastung durch Alkoholismus der Eltern in 16 Fällen (10 M. 6 Fr.), Alkoholmißbrauch zugegeben bei 18. Syphilis Krankheitsursache bei 18 (17 M. 1 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt gewesen 49 (45 M. 4 Fr.). Beobachtet infolge Gerichtsbeschluß 5 P., 2 Verurteilungen. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 3 Monaten 53 (31 M. 22 Fr.), 3—6 Monate 47 (24 M. 23 Fr.), mehr als 6 Monate 106 (67 M. 39 Fr.), Dauer unbekannt bei 14 (8 M. 6 Fr.). Entlassen genesen 8 (4 M. 4 Fr.), gebessert 86 (55 M. 31 Fr.), ungebessert 61 (42 M. 19 Fr.), nicht geisteskrank 5 (4 M. 1 Fr.). Gestorben 82 (61 M. 21 Fr.), davon infolge Paralyse 17 (15 M. 2 Fr.), Lungenentzündung 18 (14 M. 4 Fr.), Lungentuberkulose 4 (2 M. 2 Fr.), Altersschwäche 11 (6 M. 5 Fr.); seit der Mobilmachung aufgenommen 1914 = 3 Offiziere, 17 Mannschaften, 2 Kriegsgefangene; geheilt entlassen 4, gebessert 1. Im Jahre 1915 Zugang 1 Offizier 20 Mannschaften, entlassen 24, gestorben 4. Bestand 31. III. 1916 = 1 Offizier 5 Mannschaften. Kein Reservelazarett. Bewirtschaftet etwa 44,6 ha.

Herborn (23): Anfangsbestand 509 (254 M. 255 Fr.). Zugang 191 (106 M. 85 Fr.). Abgang 162 (112 M. 50 Fr.). Bleibt Bestand 538 (248 M. 290 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme: bis zu 3 Monaten 22 (18 M. 4 Fr.), 3—6 Monaten 20 (10 M. 10 Fr.), mehr als 6 Monate 146 (75 M. 71 Fr.), Dauer unbekannt bei 2 M. Krankheitsformen: einfache Seelenstörung bei 107 (52 M. 55 Fr.), paralytische Seelenstörung 17 (10 M. 7 Fr.), Imbezillität, Idiotie 17 (10 M. 7 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 12 (4 M. 8 Fr.), hysterische Seelenstörung 4 (1 M. 3 Fr.), Alkoholismus 33 (28 M. 5 Fr.); nicht geisteskrank (zur Beobachtung) 1 M. Erbliche Belastung durch Nerven- oder Geisteskrankheiten in der Familie bei 31 M. 28 Fr., Belastung durch Alkoholismus der Eltern bei 12 M. 9 Fr.; eigener Alkoholmißbrauch zugegeben in 36 Fällen. Unter den Ursachen für den Ausbruch der Geisteskrankheiten erbliche Belastung bei 80 (43 M. 37 Fr.), Alkoholmißbrauch 36 (31 M. 5 Fr.), Syphilis 14 (9 M. 5 Fr.), Haft 4 M., Unfall 9 (6 M. 3 Fr.), psychische Ursachen 19 (9 M. 10 Fr.), letztere zum größten Teil mit dem Krieg zusammenhängend. Mit dem Strafgesetz im Konflikt gewesen 54 M. 10 Fr., davon laut Gerichtsbeschluß zur Begutachtung eingewiesen 2 M., 1 M. davon nicht verantwortlich. Entlassen genesen 18 (16 M. 2 Fr.), gebessert 41 (29 M. 12 Fr.), ungebessert 28 (22 M. 6 Fr.). Gestorben 87 (67 M. 20 Fr.), davon infolge Altersschwäche 25 (16 M. 9 Fr.), Paralyse 32 (22 M. 10 Fr.), Tuberkulose 6 (3 M. 3 Fr.).

Tannenhof (50): Anfangsbestand 506 (253 M. 253 Fr.). Zugang 172 (91 M. 81 Fr.). Abgang 159 (88 M. 71 Fr.). Bleibt Bestand 522 (258 M. 264 Fr.), davon, Epileptiker 18 (9 M. 9 Fr.). Vor der Aufnahme krank bis zu 1 Monat 13 M. 14 Fr. über 70 Jahre alt 6 M. 14 Fr. Entlassen geheilt 15 (5 M. 10 Fr.), gebessert 46 (27 M. 19 Fr.), ungeheilt 31 (19 M. 12 Fr.), davon zurückgenommen 29 (16 M. 13 Fr.), überführt nach anderen Anstalten 6 M. 1 Fr. Gestorben 65 (35 M. 30 Fr.) = 9,5 % der Verpflegten, Paralytiker 1/4, Tuberkulöse 1/11 der Todesfälle.



Gehlsheim (18): Anfangsbestand 323 (161 M. 162 Fr.), davon Nichtgeisteskranke 6, Potat. 1. Zugang 583 (407 M. 176 Fr.) inkl. nicht Geisteskranke 118, Potat. 4. Abgang 550 (378 M. 172 Fr.) inkl. Nichtgeisteskranke 88, Pot. 3. Bestand am Jahresschluß 356 (190 M. 166 Fr.), inkl. Nichtgeisteskranke 36, Pot. 2. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 367 (250 M. 117 Fr.), paralytischer Seelenstörung 23 (22 M. 1 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 50 (41 M. 9 Fr.), Idiot. Kretinismus 21 (13 M. 8 Fr.). Unter den Aufnahmen 29 geisteskranke Soldaten, die übrigen freiwillige Aufnahmen, Nervenkranke mit funktionellen Neurosen in 86 Fälle (insgesamt aufgenommen 147 Soldaten). Krankheitsdauer der Geisteskranken vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 111 (73 M. 38 Fr.), 2—3 Monate 62 (54 M. 8 Fr.), 4—6 Monate 50 (40 M. 10 Fr.), 7—12 Monate 30 (24 M. 6 Fr.), im 2. Jahre 27 (14 M. 13 Fr.), über 2 Jahre 154 (100 M. 54 Fr.), unbestimmte Dauer 27 (21 M. 6 Fr.). Zur Beobachtung 20 M. 9 Fr., davon als nicht geisteskrank erkannt 4 M. 3 Fr., zur Begutachtung nach Unfall 13 M. Von den Geisteskranken entlassen geheilt 35 (15 M. 20 Fr.), gebessert 290 (141 M. 49 Fr.), ungeheilt 171 (123 M. 48 Fr.). Gestorben 63 (43 M. 20 Fr.), von den Nichtgeisteskranken 2, Potat. 1. Zahl der Todesfälle = 12 % des Gesamtbestandes, 18 % des Durchschnittsbestandes, Tuberkulose 3 % der Gesamtsterbefälle. — Gesamtausgabe 345 148,48 M.

Lewenberg (29): Anfangsbestand 260 (148 m. 112 w.). Zugang 30 (21 m. 9 w.). Abgang 28 (14 m. 14 w.). Bleibt Bestand 262 (155 m. 107 w.). Von den Aufgenommenen im Alter von 2—15 Jahren sind besserungsfähig zu bezeichnen 8, weniger besserungsfähig 13, nicht besserungsfähig 9. Entlassen gebessert 4, nicht gebessert 3. Gestorben 12 m. 9 w., davon an Tuberkulose 6. Unterrichtet 90 Kinder = 31,04 % der Verpflegten. Ständig beschäftigt in Haus, Hof und Garten 16 m. 20 w. Werkstättenarbeit ständig 5 m., nicht regelmäßig 10 m. Weibliche Handarbeitsstuben regelmäßig besucht. Auf eigene Kosten verpflegt 43 (27 m. 16 w.), auf öffentliche Kosten 195 (113 m. 82 w.).

Strelitz, Alt- (47): Anfangsbestand 1914 = 221 (112 M. 109 Fr.). Zugänge 1914 und 1915 = 129 (58 M. 71 Fr.). Abgang 1914 und 1915 = 124 (70 M. 54 Fr.). Schlußbestand Ende 1915 = 226 (100 M. 126 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 83 (32 M. 51 Fr.), paralytischer Seelenstörung (2 M. 5 Fr.), Imbezillität, Idiotie 13 (7 M. 6 Fr.), Epilepsie 9 (4 M. 5 Fr.), anderen Krankheiten des Nervensystems 2 M. 1 Fr., Alkoholismus 8 (6 M. 2 Fr.). Unter den Krankheitsursachen Erblichkeit bei 11, Syphilis 10, Trunk 11, Unfälle 6, Haft 2. Erbliche Veranlagung bei 33 M. 41 Fr. Zur Beobachtung 5, davon nach § 51 verurteilt 2. Aus Strafanstalten zugeführt 7 M. 2 Fr.; vor Aufnahme mit dem Strafgesetz in Konflikt 16 M. 6 Fr. Entlassen genesen 23, gebessert 30, ungeheilt 20; nicht geisteskrank 5. Gestorben in den beiden Berichtsjahren 51 (31 M. 20 Fr.), davon infolge Lungentuberkulose 2, Altersschwäche 9, Erschöpfung 14, Schlaganfall 9, Status epil. 2, Herzschwäche 6, Pneumonie 4, Ikterus 2, Darmkatarrh, Schädelverletzung, Furunkulose je 1. — Gesamtausgabe 1914 = 166 909,10 M.; 1915 = 168 849,74 M.

Alsterdorfer Anstalten (1): Anfangsbestand 973 (545 m. 428 w.). Zu-



gang 109 (55 m. 54 w.), davon unter 16 Jahre alt 42 m. 39 w. Abgang 101 (67 m. 34 w.). Bleibt Bestand 981 (533 m. 448 w.). Vom Zugang litten an Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 81 (41 m. 40 w.), Epilepsie 28 (14 m. 14 w.). Erkrankungsfälle 2098 (im Vorjahre 2030), darunter akute Infektionskrankheiten 216 (Zunahme 22), Unterleibsleiden 235 (Zunahme 74), Ernährungsstörungen 27 (Zunahme 11), Zellgewebsentzündungen 595 (Zunahme 67), Hautleiden 291 (weniger 103), Tuberkulose 26 (Zunahme 9), Psychosen, Epilepsie 114, Nerven- und Gehirnleiden 7, Erbsyphilis 6; zur Beobachtung aufgenommen 23. Nach anderen Anstalten überführt 22 (12 m. 10 w.), nach Hause 18 (12 m. 6 w.), in Stellung oder Lehre 9 (6 m. 3 w.) in den Heeresdienst eingetreten 1. Gestorben 49 (35 m. 14 w.), davon an Tuberkulose 21, Psychosen, Epilepsie 8, Nerven- und Gehirnleiden 3. Schulbesuch von 68 Kn. 40 Md. Einnahmen und Ausgaben annähernd 580000 M.

Ellen, St. Jürgenasyl (14): Anfangsbestand 607 (309 M. 298 Fr.). Zugang 525 (347 M. 178 Fr.). Abgang 550 (364 M. 186 Fr.). Bleibt Bestand 582 (292 M. 290 Fr.), davon in Familienpflege 153 (83 M. 70 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an Schizophrenie 147 (100 M. 47 Fr.), Paranoia 8 (4 M. 4 Fr.), manisch-depressivem Irresein 86 (30 M. 56 Fr.), Imbezillität 17 (14 M. 13 Fr.), Idiotie 3 (1 M. 2 Fr.), Epilepsie 30 (21 M. 9 Fr.), Hysterie 26 (20 M. 6 Fr.), konstitutioneller Psychopathie 33 (28 M. 5 Fr.), Tabes, Tabespsychose 7 M., Paralyse 46 (39 M. 7 Fr.), Lues cerebri 3 M., apoplekt. Irresein 9 (6 M. 3 Fr.), Melancholie des Rückbildungsalters 12 (2 M. 10 Fr.), Dementia senilis, Enzephalomalazie 38 (24 M. 14 Fr.), arteriosklerotischem Irresein 4 (3 M. 1 Fr.), multipler Sklerose 2 M., Tumor cerebri 1 M., alkoholischen Geisteskrankheiten 32 (28 M. 4 Fr.), davon chronischem Alkoholismus 16 (14 M. 2 Fr.), Delirium tremens 5 M., an Chorea litten 3 Fr., Morbus Basedowii 1 M., urämischen Psychosen 3 (2 M. 1 Fr.), Psychosen nach Commotio cerebri 1 M., psychotischen Störungen nach Taubstummheit 2 (1 M. 1 Fr.), Erhängen 1 Fr., Myelitis 3 M., Simulation 1 M., Erschöpfung nach Typhus 1 Fr., Artritis deformans mit dreimal Myokarditis 4 (3 M. 1 Fr.); nicht geisteskrank 1 M. Zur Beobachtung aufgenommen waren 18. Geheilt entlassen 57, gebessert 223, ungeheilt 135. Gestorben sind 115 (72 M. 43 Fr.) = 9,8 % der Verpflegten; Paralytiker starben 30, infolge Tuberkulose 10. Beschäftigt wurden 55 % M. und 44 % Fr. des Durchschnittsbestandes.

Rockwinkel (38): Anfangsbestand 36 (16 H. 20 D.). Zugang 94 (39 H. 55 D.). Abgang 94 (37 H. 57 D.). Bleibt Bestand 36 (18 H. 18 D.). Vom Zugange litten an Dementia praecox 9 H. 4 D., manisch-depressivem Irresein 2 H. 9 D., Melancholie 5 H. 17 D., Paranoia 4 H. 1 D., Hysterie 8 D., Neurasthenie 4 H. 4 D., Alkoholismus 2 H. 1 D., Dementia senilis 2 H. 2 D., Dementia paralytica 2 H. 1 D., Dementia arteriosclerotica 2 H., Taboparalyse 1 H., Apoplexie 1 H. 1 D., Meningitis tuberculosa 1 D., Lues cerebri 1 H., Morphinismus 1 H. 1 D., Imbezillitas 2 H. 1 D., Psychopathie 1 H., Nephritis chron., Okulomotoriuslähmung je 1 D.; nicht krank 2 D. Entlassen geheilt 27, gebessert 31, ungeheilt 30. Gestorben 6, darunter 2 Paralytiker.

Strecknitz-Lübeck (46): Anfangsbestand 314 (159 M. 155 Fr.). Zugang 138 (83 M. 55 Fr.). Abgang 120 (72 M. 48 Fr.). Bleibt Bestand 332 (170 M. 162 Fr.).



Vom Zugang litten an Psychosen bei gröberer Hirnerkrankung 2 M. 2 Fr. Alkoholismus 5 M. 1 Fr., Psychosen bei körperlicher Erkrankung 3 M. 2 Fr., progressiver Paralyse 16 M., senilen und präsenilen Psychosen 7 M. 6 Fr., Hebephrenie 62 (28 M. 34 Fr.), epileptischen Psychosen 5 M., Melancholie 1 M. 3 Fr., manisch-depressivem Irresein 1 Fr., Hysterie, Neurasthenie 3 M. 3 Fr., traumatischen Neurosen 2 M., Paranoia usw. 2 M. 1 Fr., Debilität, Imbezillität 2 M., psychop. Persönlichkeit, minderwertig 2 M., ungeklärt 1 Fr., nicht geisteskrank 4 M. 1 Fr. Erblich belastet vom Bestand 38,09 %, von den Neuaufnahmen 24,63 %, Trunksucht 13,2 % M. 1,8 % Fr. des Zugangs, Syphilis 14,5 % M., Verletzung 2,4 % M. Entlassen geheilt 25 (15 M. 10 Fr.), gebessert 34 (21 M. 13 Fr.), ungeheilt 25 (13 M. 12 Fr.), nicht geisteskrank 6 (4 M. 2 Fr.). Gestorben 30 (19 M. 11 Fr.), im Vorjahre 21 (13 M. 8 Fr.), davon infolge Paralyse 12 (8 M. 4 Fr.), Hebephrenie 12 (9 M. 3 Fr.), Tuberkulose bei 6 (4 M. 2 Fr.). — Gesamtausgabe 382 799,21 M.

Roda, Genesungshaus (39), Abteilung für Geisteskranke: Anfangsbestand 460 (238 m. 222 w.). Zugang 159 (86 m. 73 w.). Abgang 180 (93 m. 87 w.). Bleibt Bestand 439 (231 m. 208 w.), davon in Familienpflege 39 (19 M. 20 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 97 (42 m. 55 w.), paralytischer Seelenstörung 21 (18 m. 3 w.), Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 16 (12 m. 4 w.), Epilepsie 11 (6 m. 5 w.), Hysterie 9 (3 m. 6 w.), Chorea 1 M., Alkoholismus 4 M. Erblichkeit nachgewiesen bei 82 (42 m. 40 w.), Alkoholmißbrauch 20 (15 m. 5 w.). Gestorben 98 (49 m. 49 w.), davon infolge Lungentuberkulose 15 (6 m. 9 w.).

Roda, Martinshaus (40), Idiotenanstalt: Anfangsbestand 88 (49 m. 39 w.). Zugang 15 (5 m. 10 w.). Abgang 15 (7 m. 8 w.). Bleibt Bestand 88 (47 m. 41 w.). Von den Verpflegten litten an Epilepsie (allein) 16 (9 m. 7 w.), Chorea 2 m., Lähmungen 21 (9 m. 12 w.), Epilepsie mit Lähmungen 2 (1 m. 1 w.). Erbliche Disposition zu Geistes- und Nervenkrankheiten bei 49 (29 m. 20 w.), durch Alkoholismus 26 (11 m. 15 w.), Syphilis 3 (2 m. 1 w.), Tuberkulose 8 (3 m. 1 w.). Gestorben 4 (1 m. 3 w.). — Schulbesuch: von 103 Pfl. = 77 (45 Kn. 32 Md.), davon mit Erfolg 64 (38 Kn. 26 Md.).

Lindenhaus-Lemgo (30): Anfangsbestand 365 (184 M. 181 Fr.). Zugang 166 (94 M. 72 Fr.). Abgang 139 (85 M. 54 Fr.). Bleibt Bestand 392 (193 M. 199 Fr.). Von den Verpflegten (531 inkl. 42 Heeresangehörigen) litten an einfacher Seelenstörung 377 (187 M. 190 Fr.), Seelenstörung nach Syphilis 16 (12 M. 4 Fr.), Imbezillität, Idiotie 42 (24 M. 18 Fr.), Epilepsie 39 (18 M. 21 Fr.), Alkoholismus 21 (20 M. 1 Fr.), Morphinismus 2 M. 1 Fr., Hysterie 25 (18 M. 7 Fr.), Neurasthenie 3 M., Gehirnkrankheit 1 M.; nicht geisteskrank 4 (1 M. 3 Fr.). Zur Beobachtnng überwiesen 23 M. (von Militärgerichten 15 M.) 1 Fr. Vor der Aufnahme krank bis 1 Jahr 19,2 %, 1—2 Jahre 12,8 %, 2—4 Jahre 8,1 %, 4—6 Jahre 8,8 %, 6—8 Jahre 8,1 %, 8—10 Jahre 8,5 %, mehr als 10 Jahre 9,1 %, unbekannte Zeit 25,2 %. Von seiten derEltern veranlagt zu Geisteskrankheit und Nervenleiden 29 %, Trunksucht 14,4 %, Syphilis 2,4 %, Tuberkulose 6 %. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 17,2 %, unter Fürsorgeerziehung 3 %, Trinker 14,8 %. Erkrankt im Anschluß an Entwicklungsjahre 3,1 %, Wechseljahre 3 %, Schwangerschaft, Entbindung 1,8 %, Heirat 0,9 %, Prozesse 0,7 %, Sektiererwesen 0,5 %, Gefangen-



schaft 3 %, Gemütserschütterung 13,9 %, Verletzungen, Unfälle 3,6 %, Tuberkulose 2,1 %, Operationen 0,3 %, Influenza 0,7 %, Syphilis 4,9 %, Typhus 1,4 %, Gelenkrheumatismus 0,3 %, Schilddrüsenerkrankung 1,4 %, Sonnenstich 0,3 %. Tuberkulös waren 5,2 %. Entlassen bzw. beurlaubt erwerbsfähig 27 (17 M. 10 Fr.) = 29 %; gebessert, arbeitsfähig 38 (20 M. 18 Fr.) = 40,8 %. Gestorben 41 = 7,7 %, davon infolge Lungenschwindsucht 9, Tuberkulose und tuberkulösen Erkrankungen 7. Beschäftigt 64 % M. 56 % Fr.

„Zum guten Hirten", Wernigerode-Hasserode (54): Bestand 46 Pfl. Beschäftigt in Haus, Hof und Garten 12, Schulbesuch 8, nicht beschäftigungsfähig 26. — Gesamtausgabe 22650 M.

Wehnen (53): Anfangsbestand 329 (175 M. 154 Fr.). Zugang 133 (74 M. 59 Fr.). Abgang 111 (59 M. 52 Fr.). Bleibt Bestand 351 (190 M. 161 Fr.). Vom Zugang (darunter 23 Militärs) litten an Imbezillität 2 M. 2 Fr., Dementia paralytica 9 (4 M. 5 Fr.), Epilepsie 4 M., Hirnerkrankung 1 Fr., alkoholistische Formen 7 (6 M. 1 Fr.), senilem Irresein 9 (4 M. 5 Fr.), manisch-depressivem Irresein 43 (17 M. 26 Fr.), Dementia praecox 42 (25 M. 17 Fr.), infektiösem Irresein 3 M., psychogenen Erkrankungen 4 (2 M. 2 Fr.); psychopathische Persönlichkeiten 6 M, nicht geisteskrank 1 M. Zur Beobachtung 2 Untersuchungsgefangene, krank befunden. Entlassen geheilt 35 (26 M. 9 Fr.) = 4,3 % des Bestandes, 15,8 % des Zugangs, gebessert 26 (14 M. 12 Fr.), ungeheilt 19 (6 M. 13 Fr.). Gestorben 29 (12 M. 17 Fr.), davon 17 infolge Herzlähmung, 6 an Marasmus. An Lungentuberkulose erkrankt 2 Kranke. Täglich beschäftigt durchschnittlich 43,8 m. 49,5 w. Kranke. — Gesamtausgabe 394 175 M. Ertrag der Ökonomie 38 929,31 M.

Bergmannswohl (3): Anfangsbestand 20 (5 Beobachtungs-, 15 Behandlungsfälle). Zugang 1006 (893 u. 113). Abgang 1006 (887 u. 119). Bleibt Bestand 20 (11 u. 9). Im Vereinslazarett übernommen aus 1914 = 101 Militärkranke. Aufnahmen 376. Entlassungen 373. Erstattet 980 Gutachten über 35 Unfallrentenablehnungen = 3,57 % (6,56 % im Vorjahre), 25 Invalidenrentenablehnungen = 2,55 % (3,24 %), 9 Invalidenrentenbejahungen = 0,92 % (1,53 %), 78 Renteneinstellungen = 7,96 % (6,99 %), 285 Rentenherabsetzungen = 29,08 % (20,20 %), 380 Rentenbelassungen = 38,78 % (29,67 %), 4 Ansprüche verneint = 0,41 % (1,71 %), 29 Ansprüche bejaht = 2,96 % (3,07 %), 11 behauptete Verschlimmerung bejaht = 1,12 % (1,11 %), verneint = (3,5 %), 2 Ansprüche geteilt bestätigt = 0,2 % (2,39 %), 12 Neufestsetzungen nach Behandlung = 1,22 % (1,45 %), 53 Erstfestsetzungen nach Beobachtung = 5,41 % (6,39 %), 57 nach Behandlung = 5,82 % (12,19 %). Nach Behandlung (57 Fälle) erlangten 2 völlige Erwerbsfähigkeit, $^2/_3$ Erwerbsfähigkeit und mehr 26 Kranke (45,61 %), bis zur Hälfte weitere 16 Kr. (28,07 %), unter halber Erwerbsfähigkeit 15 Kr. (26,32 %). Von 119 abgeschlossenen Behandlungsfällen mit Erfolg 113. Schätzungen anerkannt in 90,9 % (91,4 %) der Begutachtungen, abweichend entschieden 9,1 % (8,6 %). Unter den Diagnosen 183 Nervenschwäche, 135 Hysterie, 31 Epilepsie, 196 Kommotionsneurose.

Sophienhöhe bei Jena, Trüpers Erziehungsheim (45). Gegründet vor 25 Jahren. Einrichtungen und Maßnahmen für Pflege, Erziehung und Geistes-

bildung (Reformschule), bestimmt für Knaben und Mädchen, die daheim besondere Schwierigkeiten bereiten, und solche, die den Anforderungen der öffentlichen höheren Schulen, zeitweilig oder dauernd, nicht gewachsen sind (zarte Konstitution, Überbürdung und Ermüdung, angeborene oder erworbene geistige Schwächen und Mängel). Vorbildlich eingerichtete und geleitete Anstalt unter psychiatrischer Kontrolle.

Hördt (25): Anfangsbestand 508 (307 M. 201 Fr.). Zugang 83 (44 M. 39 Fr.). Abgang 109 (60 M. 49 Fr.). Bleibt Bestand 483 (292 M. 191 Fr.). Im Bewahrhause untergebracht 38, Zugang 7. Von den Aufgenommenen litten an Dementia praecox bzw. paranoides 54 (26 M. 28 Fr.), Melancholie 3 Fr., angeborenem Schwachsinn 3 M. 1 Fr., Idiotie 3 M. 3 Fr., Epilepsie 5 M. 3 Fr., seniler Demenz 1 Fr., traumatischem Schwachsinn 1 M., chronischer Alkoholhalluzinose, Hysterie je 1 M., pathologischen und psychopathologischen Zuständen 3 M., nicht geisteskrank 1 M. Entlassen genesen und gebessert 3 M. 5 Fr., ungeheilt 1 M., nicht geisteskrank 1 M. Gestorben 98 (54 M. 44 Fr.) = 16,6 % der Verpflegten, infolge Tuberkulose verstorben 17 M. 20 Fr. 4 Typhuserkrankungen (nach 8 jähriger Typhusfreiheit der Anstalt). Streng durchgeführte bakteriologische Untersuchungen sämtlicher Anstaltsinsassen ergaben Feststellung des jahrelang unentdeckt gebliebenen Typhusbazillenträgers und eine sehr große Anzahl von Ruhrausscheidern. — Gesamtausgabe 305 417,03 M.

Eglfing (12): Anfangsbestand 1214 (615 M. 599 Fr.). Zugang 523 (310 M. 213 Fr.). Abgang 498 (314 M. 184 Fr.). Bleibt Bestand 1239 (611 M. 628 Fr.). Aus München-Stadt 49,1 % der Aufnahmen, München-Wohnort 80,7 %. Aus der psychiatrischen Klinik 185 (77 M. 108 Fr.); polizeilich eingewiesen aus München 155 (85 M. 70 Fr.), von auswärts 11 (9 M. 2 Fr.). Aus Militärlazaretten und militärischen Überweisungen 75 M., Gefangenenlagern 11 P. Zur Beobachtung 2 P. Vom Zugang litten an traumatischen Hirnerkrankungen —, Psychosen bei gröberen Hirnerkrankungen 1 w., bei Vergiftungen (Morph.) 1 m., Alkoholismus 20 (17 m. 3 w.), Lues cerebri, Tabespsychosen 5 (3 m. 2 w.), progressiver Paralyse 84 (69 m. 15 w.), senilen, präsenilen Erkrankungen 12 (3 m. 9 w.), arteriosklerotischen 14 (5 m. 9 w.), endogenen Verblödungen 181 (113 m. 68 w.), Epilepsie 17 (11 m. 6 w.), manisch-depressiven Veranlagungen und Psychosen 126 (51 m. 75 w.), hyster. Pers. u. Erkr. 26 (9 m. 17 w.), anderen psychogenen Erkr. 6 (4 m. 2 w.), paranoiden, querulator., Paranoia 6 (3 M. 3 w.), psychopath. Pers. 12 (11 m. 1 w.), Imbezillität, Debilität 6 (5 m. 1 w.), Idiotie 4 m.; nicht geisteskrank 2 m. Entlassen genesen 2 m., gebessert 186 (113 m. 73 w.), ungebessert 126 (89 m. 37 w.), davon nach anderen Anstalten 110 (82 m. 28 w.). Gestorben 182 (108 m. 74 w.) = 14,95 % des Durchschnittsbestandes, Durchschnittsmortalität in 10 Jahren = 12 %; infolge Tuberkulose starben 49 (27 M. 22 Fr.), Paralyse 53 (41 M. 12 Fr.). — Im Reservelazarett durchschnittliche Belegung 58 M. — Gesamtausgabe 1 671 309,90 M.

Haar (19): Anfangsbestand 540 (278 M. 262 Fr.). Zugang 315 (170 M. 145 Fr.). Abgang 313 (196 M. 117 Fr.). Bleibt Bestand 542 (252 M. 290 Fr.). 71 % aller Aufnahmen überführt aus der psychiatrischen Klinik München. Aufnahme polizeilich veranlaßt bei 112 (66 M. 46 Fr.). Vom Zugang litten an traumatischen Hirn-



erkrankungen 1 M., Psychosen bei gröberer Hirnerkrankung 2 (1 M. 1 Fr.), Psychosen bei Vergiftung (Morph.) 1 M., Alkoholismus 16 (13 M. 3 Fr.), Psychosen bei körperlicher Erkrankung 2 (1 M. 1 Fr.), Lues cerebri, Tabespsychosen 5 (2 M. 3 Fr.), progressiver Paralyse 46 (33 M 13 Fr.), senilen und präsenilen Erkrankungen 11 (1 M. 10 Fr.), arteriosklerotischen Erkrankungen 17 (9 M. 8 Fr.), endogenen Verblödungen 81 (45 M. 36 Fr.), Epilepsie 14 (8 M. 6 Fr.), manisch-depressiven Veranlagungen u. Erkr. 74 (23 M. 51 Fr.), hysterische Pers. und Erkr. 15 (9 M. 6 Fr.), andere psychogene Erkr. 3 (2 M. 1 Fr.), paranoide, querulatorische Pers., Paranoia —, psychopath. Pers. 17 (13 M. 4 Fr.), Imbezillität, Debilität 9 (7 M. 2 Fr.), Idiotie 1 M. Prozentual Dementia praecox-Gruppe mit 25,7 % (14,3 % m. 11,4 % w.), manisch-depressive Veranlagung 23,5 % (7,3 % m. 16,2 % w) = mehr gegen das Vorjahr 7,4 %, Paralyse 14,6 % (10,5 % m. 4,1 % w.) = im Vorjahre 18,2 %, Alkoholismus 5,1 % (4,1 % m. u. 1 Fr.). Zur Begutachtung gemäß § 81 StPO. eingeliefert 5 P., 2 davon unter § 51 RStG. gestellt. Entlassen insgesamt 176 (119 M. 57 Fr.), davon genesen, gebessert 148 (95 M. 53 Fr.), nach anderen Anstalten überwiesen 36 (17 M. 19 Fr.). Gestorben 101 (60 M. 41 Fr.) = 11,7 % des Gesamtbestandes, paralytischer Anteil 37,6 % gegen 55 % im Vorjahre, an Tuberkulose verstorben 17 P. = 16,8 % gegen 8,2 % im Vorjahre. Ruhr endemisch mit Höhepunkt Anfang Mai. Nachweis von Ruhrbazillen anfangs bei 8 m. 2 w. Kr. und 2 Pflegepers., im Mai beobachtet 19 Keimträger, 3 Ruhrkranke, 5 Verdächtige. 2 Todesfälle. — In der Abteilung Kinderhaus Anfangsbestand 39 (25 Kn. 14 Md.). Zugänge 46 (29 Kn. 17 Md.). Abgang 37 (24 M. 13 Md.). Bleibt Bestand 48 (30 Kn. 18 Md.). Krankheitsformen: Lues cerebri bei 1 w., Epilepsie, genuine, bei 8 m. 3 w., Hysterie 1 m., psychopath. Pers. 2 m., Imbezillität 2 m 4 w., Idiotie 25 (16 m. 9 w.). Erbliche Belastung bei 30 % der Zugänge, durch Trunksucht der Eltern 9 %. Bildungsfähig etwa 44 %. Gestorben 5 (4 m. 1 w.). — Reservelazarett Haar ursprünglich 100 Betten. Chirurgische Station erweitert auf 85 Plätze. — Gesamtausgabe der Anstalt 591 767,06 M.

Gabersee (17): Anfangsbestand 870 (458 M. 412 Fr.). Zugang 168 (70 M. 98 Fr.). Abgang 210 (102 M. 108 Fr.). Bleibt Bestand 828 (426 M. 402 Fr.). 32 % des Zugangs polizeilich eingewiesen, von Militärbehörden 3 M.; sonstige militärische Aufnahmen 12 M. Erkrankungsformen der Aufgenommenen: Morphinismus 1 M. 1 Fr., Alkoholismus 7 M. 2 Fr., Kollaps 1 M., progressive Paralyse 8 M. 7 Fr., senile Erkrankungen 1 M. 7 Fr., arteriosklerotische 1 M. 3 Fr., Dementia praecox 53 (27 M. 26 Fr.), paranoide Erkrankungen 1 M. 2 Fr., Epilepsie 3 M. 1 Fr., manisch-depressive Psychosen 57 (16 M. 41 Fr.), Hysterie 1 Fr., Paranoia 1 Fr., Psychopathie 2 Fr., Imbezillität 3 M. 3 Fr., unklare Formen 1 M., nicht geisteskrank 1 Fr. Abgegangen genesen 20 = 9,5 %, gebessert 62 = 29,5 %, ungebessert 36 = 17,1 %, nicht geisteskrank 1 = 0,5 %, gestorben 91 = 43,4 %. Mortalität des Durchschnittsbestandes 10,7 % (im Vorjahre 6,2 %), des Gesamtbestandes 8,8 % (im Vorjahre 4,8 %); infolge Lungentuberkulose starben 24, an anderen tuberkulösen Erkrankungen 7, Paralytiker 22 (15 M. 7 Fr.). Dementia praecox-Kranke 30 (13 M. 17 Fr.), Manisch-depressive 16 (3 M. 13 Fr.). Beschäftigt 50 % des durchschnittlichen Bestandes. — Gesamtausgabe 850 399,07 M.



Lohr a. M. (31): Anfangsbestand 1914 = 396 (224 M. 172 Fr.). Zugang 115 (60 M. 55 Fr.). Abgang 94 (49 M. 45 Fr.). Bleibt Bestand für 1915 = 417 (235 M. 182 Fr.), Zugang 129 (66 M. 63 Fr.). Abgang 92 (59 M. 33 Fr.). Schlußbestand Ende 1915 = 454 (297 M. 245 Fr.). Polizeilich eingewiesen 1914 = 11 M. 8 Fr., 1915 = 12 M. 12 Fr., zur Beobachtung 1914 = 1 M. 1 Fr., 1915 = 2 M. 1 Fr. Vom Zugang 1914 und 1915 litten an einfacher Seelenstörung 102 (49 M. 53 Fr.) und 112 (54 M. 58 Fr.), paralytischer 4 (3 M. 1 Fr.) und 4 (3 M. 1 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 2 M. 1 Fr. und 5 M. 1 Fr., Imbezillität, Idiotie 3 M. und 4 M. 3 Fr., alkoholische Geistesstörung 1914 = 2 M. Gestorben sind 1914 = 28 (17 M. 11 Fr.), davon infolge Tuberkulose 17 %, 1915 = 33 (17 M. 16 Fr.), an Tuberkulose 24 %. — Gesamtausgabe 1914: 379 018,06 M. und 1915: 414 409,26 M.

Bayreuth (2): Anfangsbestand 665 (369 M. 296 Fr.). Zugang 187 (127 M. 60 Fr.). Abgang 190 (132 M. 58 Fr.). Bleibt Bestand 662 (364 M. 298 Fr.). Militärseitig eingewiesen 82 M., distriktspolizeilich 30 (17 M. 13 Fr.). Zur Beobachtung 4 P. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 135 (88 M. 47 Fr.), paralytischer 5 M., Seelenstörung mit Epilepsie und Hysteroepilepsie 14 (11 M. 3 Fr.), anderen Erkrankungen des Nervensystems 9 (6 M. 3 Fr.), Imbezillität 17 (11 M. 6 Fr.), Alkoholismus 7 (6 M. 1 Fr.). Erbliche Belastung nachgewiesen bei 92 (60 M. 32 Fr.) = 48,6 % des Zugangs; Alkoholmißbrauch bei 19 M. (etwa 15 %) und 1 Fr. Entlassen genesen 23 (7 M. 16 Fr.) = 12,1 %, gebessert 94 (77 M. 17 Fr.) = 49,4 %, ungebessert 21 (15 M. 6 Fr.) = 11 %; gestorben 52 (33 M. 19 Fr.) = 27,3 % des Abgangs; infolge Tuberkulose gestorben 7 M. 5 Fr. = 23 % der Gesamtsterblichkeit (im Vorjahre 22 %), Paralytiker 11. — Gesamtausgabe 537 862,60 M.

Kutzenberg (28): Anfangsbestand 306 (176 M. 130 Fr.). Zugang 189 (114 M. 75 Fr.). Abgang 162. Bleibt Bestand 333 (182 M. 151 Fr.). Polizeilich eingewiesen 9 M. 8 Fr. = 9 % der Aufnahmen. Zur Beobachtung militärseitig überwiesen 12 M., durch Zivilbehörden 2 M. 1 Fr. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 126 (73 M. 53 Fr.), paralytischer 19 (13 M. 6 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie und Hysteroepilepsie 22 (12 M. 10 Fr.), Imbezillität, Idiotie 10 (6 M. 4 Fr.), Delirium pot. 3 (2 M. 1 Fr.); nicht geisteskrank 8 M. 1 Fr. Entlassen genesen 71, gebessert 32, ungeheilt 13. Gestorben 162 = 5,7 % des Gesamtbestandes; davon 9 Paralysen im Endstadium, 6 Kranke an Altersschwäche. Tuberkulosesterblichkeit 21,6 % der Gesamttodesfälle. — Gesamtausgabe 318 091,93 M.

Mariaberg (33): Anfangsbestand 180 (132 m. 48 w.). Aufnahmen 13 (9 m. 4 w.). Abgegangen 9 (7 m. 2 w.). Gestorben 3 m. Bleibt Bestand 181 Zöglinge. Am Schulbesuch nahmen teil 56. Bildungs- und arbeitsunfähige 58. Arbeitsfähige Erwachsene 67. — Gesamtausgabe 175 505,83 M., davon Gehalt und Löhne 21 371,88 M.

Sigmaringen (43), Abteilung für Geisteskranke: Anfangsbestand 164 (84 M. 80 Fr.). Zugang 47 (22 M. 25 Fr.). Abgang 38 (17 M. 21 Fr.). Bleibt Bestand 173 (89 M. 84 Fr.). Vom Gesamtbestand litten an einfacher Seelenstörung 139 (63 M. 76 Fr.), paralytischer 1 M., Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 38 (23 M. 15 Fr.), Epilepsie mit Geistesstörung 21 (13 M. 8 Fr.), Hysterie 5 (1 M. 4 Fr.), Alkoholismus 7 M. Zur strafrechtlichen Begutachtung 3 P. Entlassen geheilt



1 M. 1 Fr., gebessert 14 (9 M. 5 Fr.), ungeheilt 1 M. 2 Fr. Gestorben 19 (6 M. 13 Fr.). In der Abteilung für körperliche Kranke verpflegt 429 (243 M. 186 Fr.). Gestorben 36. Im Vereinslazarett von R.Kr. verpflegt 264 M. inkl. Kriegsgefangene.

Hall i. Tirol (20): Anfangsbestand 1914 = 627 (400 M. 227 Fr.). Zugang 325 (195 M. 130 Fr.). Abgang 320 (193 M. 127 Fr.). Bleibt Bestand für 1915 = 632 (402 M. 230 Fr.). Zugang 1915 = 333 (171 M. 162 Fr.). Abgang 312 (165 M. 147 Fr.). Bleibt Schlußbestand 653 (408 M. 245 Fr.). In beiden Berichtsjahren litten an angeborenem Blödsinn 1 M. 1 Fr., angeborenem Schwachsinn 39 (25 M. 14 Fr.) und 26 (17 M. 9 Fr.), Selbstanklagewahn 17 (2 M. 15 Fr.) und 25 (4 M. 21 Fr.), Tollheit 10 (9 M. 1 Fr.) und 16 (5 M. 11 Fr.), Verwirrtheit, allgemeinem Wahnsinn 3 Fr. und 6 (3 M. 3 Fr.), Verrücktheit, partiellem Wahnsinn 1 M. und 2 (1 M. 1 Fr.), periodischer Geistesstörung 49 (30 M. 19 Fr.) und 59 (21 M. 38 Fr.), erworbenem Blödsinn 127 (69 M. 58 Fr.) und 103 (55 M. 48 Fr.), paralytischer Geistesstörung 21 (17 M. 4 Fr.) und = (9 M. 4 Fr.), epileptischer 13 (8 M. 5 Fr.) und 17 (11 M. 6 Fr.), hysterischer 3 (1 M. 2 Fr.) und 8 (2 M. 6 Fr.), neurasthenischer Geistesstörung 6 M. und 18 (15 M. 3 Fr.), Geistesstörung mit Herderkrankung 9 (6 M. 3 Fr.) und 5 (2 M. 3 Fr.), Alkoholismus 25 (20 M. 5 Fr.) und 35 (26 M. 9 Fr.). Erblicher Einfluß auf alkoholistischer Basis und Alkoholmißbrauch bei 38,4 % und 34 %; Paralytiker 5,3 % M. 3,9 % Fr. und 3,8 % M. 1,8 % Fr. der Verpflegten, 8,1 % M. 3,2 % Fr. und 5,2 % M. 2,5 % Fr. der Neuaufgenommenen. Entlassen geheilt 8 (7 M. 1 Fr.) und 10 (9 M. 1 Fr.). Gestorben 88 (46 M. 42 Fr.) und 61 (26 M. 35 Fr.). — Gesamtausgabe 1914 = 592 706,10 Kr., 1915 = 690 430,26 Kr.

In Ungarn (51): waren der öffentlichen Irrenpflege unterstellt (Gesamtverpflegungsbestand) 18307 Geisteskranke, daran waren beteiligt die vier Staatsanstalten mit 4577 Kr., Psychiatrische Klinik der Universität Budapest 264, der Universität Kolozvár 656, Irrenabteilung des Staatsspitals zu Pozsony 570, das Justizamtliche Institut für Beobachtung und Behandlung Geisteskranker 225 Kr. Die übrigen Kranken wurden behandelt und verpflegt in Privatheilanstalten (Budapest, Eger) = 1783 Kr., allgemeinen Krankenhäusern = 8209 Kr., anderen Spitälern und Krankenhäusern öffentlichen Charakters = 1579 Kr., Privatkrankenhäusern = 444 Kr. Die Familienpflege verminderte sich von 1452 Kr. auf 1407.

In den vier Staatsirrenanstalten war ein Gesamtanfangsbestand von 2561 Kr. Zugang 2016. Abgang 2007 = 43,85 %. Bleibt Bestand 2570 = 56,15 %; davon entfielen auf

Budapest-Lipótmezö: Anfangsbestand 1192 (669 M. 523 Fr.). Zugang 1112 (716 M. 396 Fr.). Abgang 1019 (705 M. 314 Fr.) = 44,22 %. Bleibt Bestand 1285 (680 M. 605 Fr.) = 55,78 %.

Budapest-Angyalföld: Anfangsbestand 446 (217 M. 229 Fr.). Zugang 456 (340 M. 116 Fr.). Abgang 483 (346 M. 137 Fr.) = 53,55 %. Bleibt Bestand 419 (211 M. 208 Fr.) = 46,45 %.

Nagyszeben: Anfangsbestand 619 (347 M. 272 Fr.). Zugang 321 (201 M. 120 Fr.). Abgang 371 (240 M. 131 Fr.) = 39,47 %.

Nagykálló: Anfangsbestand 304 M. Zugang 127. Abgang 134 = 31,09 %. Bleibt Bestand 297 = 68,91 %.



Vom Gesamtzugang in den vier Anstalten litten an Melancholie 56 (31 M. 25 Fr.), Psychosis maniaco-depressiva 94 (34 M. 60 Fr.), Amentia 268 (131 M. 137 Fr.), Paranoia 143 (78 M. 65 Fr.), Psych. hysterica 38 (1 M. 37 Fr.), Psych. neurasthanica 15 M., Psych. epileptica 141 (108 M. 33 Fr.), Imbecillitas 80 (74 M. 6 Fr.), Dem. praecox 335 (246 M. 89 Fr.), Psych. alcoholica 109 (97 M. 12 Fr.), Psych. pellagrosa 14 (6 M. 8 Fr.), Psych. ex intoxicat. altera 1 M., Dem. paralytica progr. 522 (410 M. 112 Fr.), Psych. senilis 54 (28 M. 26 Fr.), Psych. encephalopathica 14 (13 M. 1 Fr.), Idiotismus 68 (56 M. 12 Fr.), Kretinismus 2 M.; zur Beobachtung 62 (53 M. 9 Fr.). Unter den Krankheitsursachen Vererbung mit 2[illegible] (150 M. 137 Fr.), Syphilis 348 (253 M. 95 Fr.), Alkoholismus 358 (318 M. 40 Fr.), Forensische Fälle 154 (131 M. 23 Fr.). Entlassen geheilt 5,15 %, gebessert 10,71 %, ungeheilt 9,46 %, nicht geisteskrank 1,12 %. Gestorben 797 (587 M. 210 Fr.) = 17,41 %.

Bernische Kantonale Anstalten (5); Waldau: Anfangsbestand [illegible] (403 M. 422 Fr.), Zugang 215 (139 M. 76 Fr.). Abgang 182 (115 M. 67 Fr.). Bleibt Bestand 858 (427 M. 431 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: angeborene Störungen 10 (8 M. 2 Fr.), konstitutionelle 9 (6 M. 3 Fr.), erworbene einfache 131 (76 M. 55 Fr.), davon Verblödungsformen 108 (68 M. 40 Fr.), paralyt., senile, organ. Störungen 37 (25 M. 12 Fr.), davon progressive Paralyse 18 (16 M. 2 Fr.), epileptische Störungen 5 (4 M. 1 Fr.), Intoxikationspsychosen 16 M.; zur Beobachtung nicht geisteskrank 7 (4 M. 3 Fr.). Erbliche Belastung der erstmals Aufgenommenen 123 P. bei 57,21 % (49,64 % M. 71,05 % Fr.). Entlassen genesen 24 (13 M. 11 Fr.), gebessert 66 (42 M. 24 Fr.), ungebessert 40 (29 M. 11 Fr.). Von gebessert und ungebessert entlassenen sind überführt nach anderen Anstalten 12 (10 M. 2 Fr.), in Haft, Gefängnis, Arbeitsanstalt 12 M. Gestorben 46 (27 M. 19 Fr.) = 4,42 % des Gesamtbestandes, an Tuberkulose verstorben 10 (5 M. 5 Fr.), katarrhalische Lungenentzündung und Bronchitis 19 (13 M. 6 Fr.). — Gesamtausgabe 716 331,23 Fr.

Münsingen: Anfangsbestand 840 (403 M. 437 Fr.). Zugang 141 (71 M. 70 Fr.). Abgang 124 (68 M. 56 Fr.). Bleibt Bestand 857 (406 M. 451 Fr.). Krankheitsgruppen der Aufgenommenen: angeborener Schwachsinn, Blödsinn, Kretinismus 5 (1 M. 4 Fr.), konstitutionelle Krankheitsformen 25 (15 M. 10 Fr.), erworbene einfache Störungen 79 (35 M. 44 Fr.), organische Störungen 14 (8 M. 6 Fr.), epileptische 1 M. 1 Fr., alkoholische u. a. Intoxikationspsychosen 9 (6 M. 3 Fr.), gerichtl. Exploranden, nicht geisteskrank 7 (5 M. 2 Fr.). Erblich belastet 63 (32 M. 31 Fr.) = 44,6 %. Von den Entlassenen genesen oder wesentlich gebessert 60 (29 M. 31 Fr.) = 48,9 %. Gestorben 27 (13 M. 14 Fr.) = 2,7 % der Verpflegten, an Tuberkulose starben 5 Fr., pneumatischen Affektionen 11 (7 M. 4 Fr.), Typhus 1 Fr. Typhuserkrankungen der Wärterinnen 6. — Gesamtausgabe: 685 166 Fr.

Bellelay: Anfangsbestand 324 (129 M. 195 Fr.). Zugang 44 (31 M. 13 Fr.). Abgang 41 (28 M. 13 Fr.). Bleibt Bestand 327 (132 M. 195 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: angeborene Störungen bei 6 (1 M. 5 Fr.), konstitutionelle 26 (16 M. 10 Fr.), erworbene einfache 2 M., organische 6 (4 M. 2 Fr.), alkoholische



4 M., epileptische Störungen 5 (4 M. 1 Fr.); nicht geisteskrank 1 M. Gerichtliche Begutachtung von 4 M. 2 Fr. Entlassen geheilt 2 M., gebessert 1 Fr., ungebessert 4 M. 2 Fr. Gestorben 31 (21 M. 10 Fr.). — Gesamtausgabe: 307 620,28 Fr.

Waldhaus (52): Anfangsbestand 317 (164 M. 153 Fr.). Zugang 84 (55 M. 29 Fr.). Abgang 88 (60 M. 28 Fr.). Bleibt Bestand 313 (159 M. 154 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Störungen (Idiotie) 2 Fr., erworbenen einfachen Psychosen 48 (29 M. 19 Fr.), paralyt.-senil-organ. Störungen 5 (3 M. 2 Fr.), erworbenen Störungen mit Epilepsie 3 (2 M. 1 Fr.), Intoxikationspsychosen 18 (14 M. 4 Fr.); zur gerichtlichen Begutachtung, nicht geisteskrank 7 M. 1 Fr. Entlassen geheilt 9 (6 M. 3 Fr.), gebessert 28 (22 M. 6 Fr.), ungebessert 8 (3 M. 5 Fr.). Verstorben 37 (23 M. 14 Fr.) = 9,2 % des Gesamtbestandes, infolge Tuberkulose starben 8 (4 M. 4 Fr.), Pneumonie bei Influenza 5 (2 M. 3 Fr.). — Gesamtausgabe: 261 030,81 Fr.

Burghölzli (7): Anfangsbestand 402 (208 M. 194 Fr.). Zugang 591 (346 M. 245 Fr.). Abgang 594 (360 M. 234 Fr.). Bleibt Bestand 399 (194 M. 205 Fr.). Diagnosen der frischen Aufnahmen — 442 (254 M. 188 Fr.) —: angeborene Psychosen 26 (18 M. 8 Fr.), konstitutionelle 47 (28 M. 19 Fr.), erworbene idiopathische a) manisch-depressive Formen 7 (2 M. 5 Fr.), b) Verblödungsformen 184 (84 M. 100 Fr.), c) andere Formen (Paranoia, Haftpsychose, Depr. usw.) 9 (3 M. 6 Fr.), organische Störungen 66 (42 M. 24 Fr.), davon progressive Paralyse 25 (18 M. 7 Fr.), epileptische Störungen 23 (11 M. 13 Fr.). Intoxikationspsychosen 59 (48 M. 11 Fr.), nicht geisteskrank 21 (18 M. 3 Fr.), gerichtliche Fälle 37 (35 M. 2 Fr.). Entlassen geheilt 53 (37 M. 16 Fr.), gebessert 230 (130 M. 100 Fr.), ungebessert 236 (137 M. 99 Fr.); in kantonale Familienpflege kamen 10 (6 M. 4 Fr.), Anstalten, Gefängnisse, Armenhäuser 221 (114 M. 107 Fr.), auf freien Fuß gesetzt wurden 63 (47 M. 16 Fr.), davon Ungebesserte 16 (13 M. 3 Fr.). Verhältnis der Geheilten und Gebesserten zum Gesamtabgang 50 % (wie im Vorjahre). Gestorben 53 (36 M. 17 Fr.), davon infolge Tuberkulose 8 (7 M. 1 Fr., an Hirnkrankheiten 23 (15 M. 8 Fr.). — Die Psychiatrische Poliklinik wurde besucht von 380 P. (im Vorjahre 396), aus früheren Jahrgängen übernommen 88 Pat. Zahl der Konsultationen in den Sprechstunden 2331 (im Vorjahre 2450). Eingewiesen in Burghölzli 40 P., in andere Anstalten 84. Zahlreiche Berichte und Untersuchungen u. a. für das Städt. Kinderfürsorgeamt; insgesamt untersucht 55 Kn. 34 Md. — Gesamtausgabe 687 346,70 Fr.

Zürich, Anstalt für Epileptische (58): Anfangsbestand 270 (157 m. 113 w.). Zugang 155 (99 m. 56 w.). Abgang 140 (92 m. 48 w.). Bleibt Bestand 285 (164 m. 121 w.). Abgegangen als genesen 9 (6 m. 3 w.), gebessert 48 (33 m. 15 w.), ungebessert 13 (7 m. 6 w.), zur Beobachtung 64 (43 m. 21 w.). Gestorben 6 (3 m. 3 w.). Eine statistische Tabelle über das prozentuale Verhältnis der Neuaufnahmen zur Durchschnittssumme der Anfälle pro Kopf ergibt nach Durchführung der Sedobrolbehandlung seit 1911 eine umgekehrt proportionale Steigerung, und zwar 1911: Neuaufnahmen 430, Anfallziffern 80,5, 1912: 440 zu 75,5, 1913: 410 zu 61, 1914: 480 zu 61, 1915: 400 zu 46. — Gesamtausgabe: 381 387,20 Fr.

Ellikon (15): Anfangsbestand 26 Pfl. Aufnahmen 29. Entlassungen 37. Schlußbestand 18. Aufgenommen im Alter von 20—30 Jahren 6, 31—40 Jahren 10, 41—50 Jahren 10, 51—60 Jahren 3. An chronischem Alkoholismus litten 8, mit Komplikationen 20, einfacher periodischer Trunksucht 1 P. Erbliche Belastung nachweisbar in 15 Fällen. Kurzeit durchgeführt von 22. Abstinent geblieben 81 %,





rückfällig 9 %. Von den 1914 entlassenen (25) sind noch abstinent 52 %, von 1913 entlassenen (29) = 48 %.

Friedmatt-Basel (16): Anfangsbestand 280 (130 M. 150 Fr.). Zugang 200 (105 M. 95 Fr.). Abgang 188 (100 M. 88 Fr.). Bleibt Bestand 292 (135 M. 157 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Psychosen (Idiotie, Imbezillität) 13 (9 M. 4 Fr.), erworbenen einfachen Formen 89 (31 M. 58 Fr.), konstitutionellen 32 (23 M. 9 Fr.), epileptischen 7 (2 M. 5 Fr.), organischen 1 Fr., paralytischen 15 (12 M. 3 Fr.), senilen 22 (6 M. 16 Fr.), alkoholischen 21 (19 M. 2 Fr.), sonst toxischen 1 M. Krankheitsdauer vor frischer Aufnahme bis 1 Monat bei 34 (21 M. 13 Fr.), 2—3 Monate 9 (4 M. 5 Fr.), 4—6 Monate 1 M. 6 Fr., 7—12 Monate 5 Fr., 1—2 Jahre 10 (2 M. 8 Fr.), 3—5 Jahre 14 (3 M. 11 Fr.), über 5 Jahre 17 (10 M. 7 Fr.); unbekannte Dauer 48 (35 M. 13 Fr.). Art der Vererbung: direkte Erblichkeit bei 51 (27 M. 24 Fr.), indirekte und atavistische 26 (14 M. 12 Fr.), Familienanlage 35 (19 M. 16 Fr.). Blutsverwandtschaft der Eltern 1 M.; durch Trunksucht 21 (15 M. 6 Fr.). Entlassen geheilt 17 (12 M. 5 Fr.), gebessert 58 (40 M. 18 Fr.), ungebessert 86 (33 M. 51 Fr.). Gestorben 29 (11 M. 14 Fr.), infolge Tuberkulose 1 M., im akuten Verlauf vom Nervensystem aus 2 (1 M. 1 Fr.), an nervöser Erschöpfung (akut. epilept. Anfall usw.) 2 M., im chron. Verlauf (Marasmus) 14 (7 M. 7 Fr.), Erkrankungen der Atmungsorgane und des Herzens 6 (2 M. 4 Fr.), gewaltsamer Tod 1 M. — Gesamtausgabe: 439 822,92 M.

Sonnenhalde, Riehen (44): Anfangsbestand 43 weibl. Pfl. Zugang 97. Abgang 103, davon nach staatlichen Heilanstalten und Privatanstalten 9. Gesamtzahl der Verpflegten 140. Von den Ausgetretenen waren nicht gemütskrank 9, an angeborenen und konstitutionellen Formen litten 10, manisch-depressive Formen 34, Dementia praecox-Gruppe 42, seniler Demenz, Paralyse 3, Epilepsie 1. Erbliche Belastung bei 93. Geheilt, rekonvaleszent, in hohem Grade gebessert 15, gebessert 45. Gestorben 5. — Gesamtausgabe 97 265,10 Fr.

Wil (56): Anfangsbestand 881 (446 M. 435 Fr.). Zugang 303 (152 M. 151 Fr.). Abgang 314 (165 M. 149 Fr.). Bleibt Bestand 870 (433 M. 437 Fr.). Vom Zugang waren Geisteskranke 246 (113 M. 133 Fr.), körperlich Kranke 55 (37 M. 18 Fr.). Von den Geisteskranken des Zugangs litten an angeborenen Störungen (Idiotismus usw.) 22 (12 M. 10 Fr.), konstitutionellen Störungen 20 (11 M. 9 Fr.), einfachen erworbenen Störungen 121 (47 M. 74 Fr.), erworbenen Störungen der paralytischen, senilen und organischen Gruppe 49 (18 M. 31 Fr.), Epilepsie 10 (6 M. 4 Fr.), Intoxikationspsychosen 25 (20 M. 5 Fr.); zur Beobachtung, nicht geisteskrank 1 M. Erblichkeit bei 67 % der aufgenommenen M., 50 % der Fr.; Alkoholmißbrauch bei 31 (27 M. 4 Fr.). Mit den Strafgesetzen in Konflikt geraten 27 % der aufgenommenen M. 16 gerichtliche Gutachten abgegeben. Krank vor der Aufnahme bis 1 Monat 33 (24 M. 9 Fr.), 1—6 Monate 31 (10 M. 21 Fr.), 6—12 Monate 26 (11 M. 15 Fr.), 1—3 Jahre 40 (18 M. 22 Fr.), 3—6 Jahre 30 (11 M. 19 Fr.), 6—12 Jahre 22 (5 M. 17 Fr.), 12—15 Jahre 15 (6 M. 9 Fr.), 15—20 Jahre 9 (6 M. 3 Fr.), über 20 Jahre 41 (23 M. 18 Fr.). Entlassen Geisteskranke geheilt 20 (10 M. 10 Fr.), gebessert 111 (57 M. 54 Fr.), ungeheilt 41 (23 M. 18 Fr.). Gestorben insgesamt 127 (67 M. 60 Fr.) = 11 % der Verpflegten. Auf körperlich Kranke und Altersschwache kommen



36 Todesfälle = 17 % des Bestandes körperlich Kranker. Geisteskranke starben 88 (44 M. 44 Fr.) = 9,3 % des Bestandes, Paralytiker 38 %. — Gesamtausgabe: 593 496,69 Fr.

St. Pirminsberg (48): Anfangsbestand 316 (161 M. 155 Fr.). Zugang 122 (51 M. 71 Fr.). Abgang 126 (55 M. 71 Fr.). Bleibt Bestand 312 (157 M. 155 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: angeborene Psychosen bei 7 (4 M. 3 Fr.), konstitutionelle Psychosen 3 M., erworbene einfache Psychosen 85 (29 M. 56 Fr.), epileptische Psychosen 2 (1 M. 1 Fr.), organische 14 (8 M. 6 Fr.), Intoxikationspsychosen 8 (4 M. 4 Fr.); nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.). Zur strafrechtlichen Begutachtung überwiesen 8 P. Nachweisbar erblich belastet von 92 erstmalig aufgenommenen 80 %. Vorherige Krankheitsdauer der frischen Aufnahmen (102) bis 1 Monat bei 30 (13 M. 17 Fr.), 1—3 Monate 20 (8 M. 12 Fr.), 3—6 Monate 7 Fr., 6—12 Monate 13 (8 M. 5 Fr.), über 1—2 Jahre 11 (3 M. 8 Fr.), 2—5 Jahre 8 (2 M. 6 Fr.), über 5 Jahre 13 (8 M. 5 Fr.). Entlassen geheilt 28 (11 M. 17 Fr.), gebessert 45 (24 M. 21 Fr.), ungebessert 29 (15 M. 14 Fr.), davon nach anderen Anstalten 18 (10 M. 8 Fr.). Verhältnis der Genesenen zum Gesamtabgang 23 %, zur Zahl der Verpflegten 6,6 %. Gestorben 22 (3 M. 19 Fr.) = 5 % der Verpflegten; an Tuberkulose starben 6 (1 M. 5 Fr.). — Gesamtausgabe: 280 440,01 Fr.

Münsterlingen (34): Anfangsbestand 407 (163 M. 244 Fr.). Zugang 182 (98 M. 84 Fr.). Abgang 171 (85 M. 86 Fr.). Bleibt Bestand 418 (176 M. 242 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: angeborene Psychosen bei 11 (7 M. 4 Fr.), konstitutionelle 18 (12 M. 16 Fr.), erworbene einfache Psychosen 118 (52 M. 66 Fr.), davon Dementia praecox 99 (48 M. 51 Fr.), organische 13 (6 M. 7 Fr.), epileptische 11 (10 M. 1 Fr.), Intoxikationspsychosen 18 M., zur Beobachtung, nicht geisteskrank 3 Fr., Hirntumor 1 Fr. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 3 Monate 46 (13 M. 33 Fr.), bis 6 Monate 10 (4 M 6 Fr.), 1 Jahr 6 M. 5 Fr., 2 Jahre 9 M. 6 Fr., 3—5 Jahre 13 M. 11 Fr., über 5 Jahre 42 (31 M. 11 Fr.), angeboren 9 M. 10 Fr. Entlassen geheilt 15 (11 M. 4 Fr.), gebessert 100 (50 M. 50 Fr.), ungebessert 28 (15 M. 13 Fr.). Gestorben 24 (9 M. 15 Fr.) = 4,07 % der Verpflegten. — Gesamtausgabe: 351 162,89 Fr.

Königsfelden (26): Anfangsbestand 831 (382 M. 449 Fr.). Zugang 240 (132 M. 108 Fr.). Abgang 256 (144 M. 112 Fr.). Bleibt Bestand 815 (370 M. 445 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: angeborene Psychosen 41 (25 M. 16 Fr), davon Idiotie, Kretinismus 23 (13 M. 10 Fr.), erworbene einfache Störungen 125 (55 M. 70 Fr.), organische (paralytische, senile) 29 (17 M. 12 Fr.), epileptische 15 (11 M. 4 Fr.), Intoxikationspsychosen 27 (23 M. 4 Fr.); nicht geisteskrank 1 M. 2 Fr. Erbliche Belastung nachweisbar bei 66 % der Aufnahmen. Ursächliches Moment der Erkrankungen bei 20,5 % der M., Militärdienst, Kriegswirren 4,5 % der m. 0,9 % der w. Pers., gegen 10,5 % und 3,4 % im Vorjahre, Syphilis (vermehrte Aufnahmen von progressiver Paralyse) 7 % M. 1,8 % Fr. Strafrechtlich begutachtet 19 Fälle. Dauer der Krankheit vor der Aufnahme bei 57 Kr. 1—3 Monate, 9 Kr. 4—6 Monate, 34 Kr. 1—3 Jahre, 26 Kr. 3—5 Jahre, 96 Kr. über 5 Jahre, bei 5 Kr. unbekannt. Entlassen geheilt 26 (11 M. 15 Fr.), gebessert 95 (56 M. 39 Fr.), unverändert 70 (42 M. 28 Fr.), davon nach anderen Asylen 46 (30 M. 16 Fr.). Ge-



storben 65 (35 M. 30 Fr.), Tuberkulose in erster Linie. — Gesamtausgabe: 554 144,47 Fr.

Herisau (24): Anfangsbestand 306 (143 M. 163 Fr.). Zugang 139 (72 M. 67 Fr.). Abgang 140 (67 M. 73 Fr.). Bleibt Bestand 305 (148 M. 157 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Psychosen 6 M., konstitutionellen 10 (6 M. 4 Fr.), erworbenen idiopathischen Psychosen a) manisch-depressivem Irresein 15 (7 M. 8 Fr.), b) Schizophrenie 77 (33 M. 44 Fr.), c) anderen Formen 2 M. 1 Fr., organischen Psychosen 16 (7 M. 9 Fr.), epileptischen 4 M., Intoxikationspsychosen 8 (7 M. 1 Fr.). Entlassen geheilt und gebessert 82 (41 M. 41 Fr.) = 58,5 % des Abgangs, ungebessert 30 (16 M. 14 Fr.). Gestorben 28 (10 M. 18 Fr.), davon an Hirnkrankheiten 19 (8 M. 11 Fr.), tuberkulösen Erkrankungen 1 M. 3 Fr. Durchschnittlicher Bestand der bettlägerigen Kr. 31,5 % (wie im Vorjahre). Beschäftigt 45,6 % der M. und 57,67 % der Fr. — In den Jahren 1911—1915 sind aufgenommen 637 (309 M. 328 Fr.). unter diesen war Trunksucht Gelegenheitsursache oder hervorragendes Symptom bei 41 M. 4 Fr., Hauptursache 35 M. 3 Fr., also Trunksucht nachweisbar bei 27,1 % der männlichen Aufnahmen. Erbliche Belastung nachweisbar bei 75,2 %, erbliche Belastung durch Eltern oder Großeltern bei 62 %. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gewesen 30 M. 14 Fr., zur Begutachtung überwiesen 16 P. Entlassen, dauernd geheilt, gebessert = 44,2 %, Todesfälle in der Anstalt 148 (68 M. 80 Fr.) = 20 % des Totalabgangs. — Gesamtausgabe für 1915: 274 168,66 Fr.

St. Urban (49): Anfangsbestand 1914 = 573 (249 M. 324 Fr.). Zugang 166 (86 M. 80 Fr.). Abgang 159 (79 M. 80 Fr.). Bleibt Bestand 580 (256 M. 324 Fr.). Zugang 1915 = 163 (80 M. 83 Fr.). Abgang 170 (81 M. 89 Fr.). Schlußbestand Ende 1915 = 573 (255 M. 318 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: angeborene Störungen 1914 = 6 (4 M. 2 Fr.), 1915 = 5 (1 M. 4 Fr.), konstitutionelle Psychosen 1914 = 4 (1 M. 3 Fr.), 1915 = 3 (1 M. 3 Fr.), erworbene einfache Psychosen 1914 = 115 (60 M. 55 Fr.), 1915 = 116 (55 M. 61 Fr.), paralytische-senile, organische Formen 1914 = 23 (8 M. 15 Fr.), 1915 = 20 (11 M. 9 Fr.), epileptische Psychosen 1914 = 6 (3 M. 3 Fr.), 1915 = 4 (2 M. 2 Fr.), Intoxikationspsychosen 1914 = 12 (10 M. 2 Fr.), 1915 = 15 (10 M. 5 Fr.). Erblich belastet 1914 = 143 (63 M. 80 Fr.), 1915 = 145 (62 M. 83 Fr.). Alkoholmißbrauch ursächlich 1914 = 9 M., 1915 = 13 (10 M. 3 Fr.). Geheilt entlassen 1914 = 30,69 % der heilbar Verpflegten 4,19 % aller Verpflegten, 1915 = 25,23 % und 3,77 %, gebessert entlassen 1914 = 58 (27 M. 31 Fr.), 1915 = 79 (35 M. 44 Fr.). Gestorben 1914 = 54 (24 M. 30 Fr.), 1915 = 40 (20 M. 20 Fr.) = 7,31 % und 5,38 % aller Verpflegten, an Lungentuberkulose verstarben 9 (6 M. 3 Fr.) und 10 (3 M. 7 Fr.), infolge Paralyse 2 und 4 P. — Gesamtausgabe 1914: 380 997,66 Fr., 1915: 387 760,35 Fr.

Cery (8): Anfangsbestand 544 (271 M. 273 Fr.). Zugang 397 (218 M. 179 Fr.). Abgang 405 (219 M. 186 Fr.). Bleibt Bestand 536 (270 M. 266 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: Idiotie, Imbezillität, Kretinismus 22 (14 M. 8 Fr.), konstitutionelle Psychosen 38 (18 M. 20 Fr.), einfache erworbene 206 (91 M. 115 Fr.), organische 54 (30 M. 24 Fr.), epileptische Psychosen 20 (18 M. 2 Fr.), Intoxikationen 52 (45 M. 7 Fr.); nicht geisteskrank 5 (2 M. 3 Fr.). Von den Alkoholkranken (51)

itten an akutem Alkoholismus 1 M., chronischem 23 (19 M. 4 Fr.), Delirium tremens 22 M., Dipsomanie 2 M., epilept. Alkohol. 2 M., patholog. Rausch 1 M. Erblichkeitsverhältnisse der Aufnahmen bei 177, durch Trunksucht 76. Entlassen geheilt 92 (51 M. 41 Fr.), gebessert 130 (70 M. 60 Fr.), ungebessert 103 (55 M. 48 Fr.); von den Alkoholkranken kamen 11 M. 3 Fr. in andere Asyle und Anstalten, 2 M. in Strafhaft zurück. Gestorben insgesamt 80 (43 M. 37 Fr.), davon Alkoholiker 4 M., an Tuberkulose hatten gelitten 9 P. — Gesamtausgabe: 673 901,03 Fr.

Dannemora (10): Anfangsbestand 1914 = 514 M. Zugang 66. Abgang 63. Endbestand Oktober 1915 = 517 M. Von den Aufgenommenen litten an Paralyse 1, Psychosen mit Zerebralsyphilis 4, Intoxikationspsychosen 3 (Alkoholpsychose 2), depressiver Halluzinosis 1, sonst. depressivem Zustand 1, Dementia praecox 27, Störungen verbunden mit Dementia praecox 2, Störungen auf paranoischer Grundlage 1, verbunden mit manisch-depressiver Psychose 1, epileptischer Psychose 3, konstitutioneller Minderwertigkeit mit verschiedenen Störungen 19, Imbezillität 1; unbestimmt 1, nicht geisteskrank 1. 30 P. = 45 % waren ausländischer Herkunft, aus Gefängnissen kamen alle. Geheilt entlassen sind 36 = 6,2 der Verpflegten, sehr gebessert 4, gebessert 2, ungeheilt 7, nicht geisteskrank 2. Aufenthalt der Gebesserten betrug im Durchschnitt 23 Monate 13 Tage. Von den Entlassenen kamen nach Hause bzw. zur Verschickung in das Ursprungsland 14, die anderen in Strafhaft zurück. Gestorben sind 12 = 2,07 % der Verpflegten, $1/_3$ starb infolge Tuberkulose, Suizid 1. Gesamtausgabe 132 428,16 D. Kosten pro Kopf 252,24 Sh.

Der Hilfsverein in Württemberg (57) verausgabte in der Zeit vom 1. I. 1914 bis 31. XII. 1915 an Unterstützungen 11472,76 M., an unverzinslichen Darlehen 500 M. Gesamteinnahme 28202,05 M., Ausgaben 27404,04 M.

Hilfsverein des Kantons Luzern (32): An Unterstützungen wurden verausgabt für Personen in der Irrenanstalt St. Urban 15618 Fr., für solche außerhalb der Anstalt 2020 Fr. An Legaten und Gaben gingen ein 13691,94 Fr., Jahresbeiträge der Mitglieder 11041,80 Fr.

---

6. Allgemeine Psychiatrie.

Ref.: H. Schroeder-Hildesheim †.

1. *Abbot*, The causal relations between structure and function in biology. Americ. Journ. of Psychol. 1916, vol. 27.
2. *Abderhalden*, *E.*, Neue Wege zum Studium der Prüfung der Wirkung der von bestimmten Organen und Zellarten in verschiedenen Zuständen hervorgebrachten Stoffe. Wien. med. Wschr. (Physiologen-Festnummer) Nr. 14.
3. *Abbot*, *E. St.* (Belmont, Mass.), Preventable forms of mental disease

and how to prevent them. Boston med. and surg. journ. vol. 174, no. 16, p. 555.

4. *Abbot, E. St.* (Belmont, Mass.), The biological point of view in psychology and psychiatry. The psycholog. rev. vol. 23, no. 2, g. 117.

5. *Adler, H. M.* (Boston, Mass.), Indications for hydrotherapy and wet pack in acute psychoses. (Boston Soc. of psychiatry and neurology, 17. II. 1916.) Ref.: The Americ. journ. of nerv. and mental dis. vol. 42, no. 1, p. 74.

6. *Allers, Hermann*, Über Psychosen bei Infektionskrankheiten, besonders bei Pneumonie. Inaug.-Diss. Kiel 1915, 26 S.

7. *Alt, R.* (Uchtspringe), Psychische Störungen. Jena, G. Fischer. 240 S. 4 M.

8. *Alter, W.* (Lindenhaus-Lemgo), Irrtümer bei Geisteskrankheiten. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 47/50., S. 279 u. 289.

9. *Althen, Eduard*, Ist die Geburt ein psychischer Schock? Inaug.-Diss. Freiburg.

10. *Anton*, Wohlfahrt und Wiedergenesung der deutschen Rasse. Marhold, Halle. 24 S.

11. *Arsimoles* et *Legrand*, Cancer métastatique et ostéoplastique secondaire à un cancer du sein chez une aliénée. L'Echo medical du nord, Juin. (S. 158*.)

12. *Auerbach, Siegmund* (Frankfurt a. M.), Das Gesetz der Lähmungstypen. Med. Klinik Nr. 14, S. 356.

13. *Babinski* et *Froment*, Les troubles vasomoteurs et thermiques d'ordre réflexe. Revue neurol. vol. 33 (I), p. 411.

14. *Babinski* et *Froment*, Abolition du réflexe cutané plantaire, anésthésie associées à des troubles vasomoteurs et à de l'hypothermie d'ordre réflexe. Rev. neurol. vol. 33 (I), p. 918.

15. *Babinski* et *Froment*, Troubles nerveux d'ordre réflexe ou syndrome d'immobilisation. Revue neurol. vol. 33 (I), p. 914.

16. *v. Bardeleben, Karl* (Berlin), Linkshändigkeit ein Zeichen von Minderwertigkeit? Anat. Anzeiger Bd. 46, Erg.-H. S. 194.

17. *Barker, Lewellys F.* (Washington), War and the nervous system. The Journ. of nerv. and mental dis., vol. 44, no. 1, p. 1.

18. *Batten, F. E.*, Association of familial disease of the nervous system and of the eye. Ophthalmoscope 1916, p. 508.



19. *Bayerthal*, *J.* (Worms), Zur Frage nach der Volumzunahme des Gehirns durch Übung geistiger Kräfte. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. 6, H. 5/6, S. 315. (S. 148*.)

20. *Bayerthal* (Worms), Zur Lehre von den psychischen Funktionen des Stirnhirnes. (S. 148*.)

21. *Benda*, *Th.* (Berlin), Psychiatrische Vorschläge für die Zeit nach dem Kriege. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 72, H. 4, S. 356.

22. *Bernstein*, *Richard* (Mühlhausen, Thür.), Das diagnostische Experiment am Menschen. Ztschr. f. ger. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Bd. 51, H. 1.

23. *Bickel*, *Heinrich* (Bonn), Die wechselseitigen Beziehungen zwischen psychischem Geschehen und Blutkreislauf mit besonderer Berücksichtigung der Psychosen. Verlag von Veit & Comp. 1916, 208 S. (S. 158*.)

24. *Bikeles*, *G.*, Über Erscheinungen bei Hirnreizung mittels starker alternativer Ströme: I. im wachen Zustande; II. unter Einwirkung von Schlafmitteln. Neurol. Zentralbl. Nr. 8, S. 322.

25. *Bikeles*, *G.*, Über das Vorkommen einer trägen reflektorischen Beugung einzig der großen Zehe (als Gegenstück zum *Babinski*schen Phänomen). Neurol. Zentralbl. Nr. 17, S. 693.

26. *Bikeles*, *G.*, und *Zbyszewski*, *L.* (Lemberg), Zur Hirnreizung mittels starker alternativer Ströme. Neurol. Zentralbl. Nr. 21, S. 868.

27. *Bikeles*, *G.*, und *Zbyszewski*, *L.* (Lemberg), a) Elektrische Reizung der Kleinhirnrinde; b) Kornealreflex bei Rindenreizung. Zentralbl. f. Physiol. Nr. 9.

28. *Bilicki*, *Eduard*, Geistesstörungen bei Karzinomerkrankungen. Inaug.-Diss. Kiel. 31 S.

29. *Birnbaum*, *Karl* (Berlin-Buch), Kriegsneurosen und -psychosen auf Grund der gegenwärtigen Kriegsbeobachtungen (Sammelberichte, 3. Zusammenstellung von Mitte August 1915 bis Ende Januar 1916; 4. von Anfang Februar bis Ende Juli 1916). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E.-Bd. 12 H. 4, S. 317; Bd. 13, H. 6, S. 457 (vgl. Bd. 11, S. 321 und Bd. 12, S. 1).

30. *Bleuler*, *E.* (Zürich), Physisch und psychisch in der Pathologie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., Orig.-Bd. 30, H. 4/5, S. 426. (S. 148*.)

31. *Bleuler*, *E.* (Zürich), Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin, Jul. Springer. 518 S. 12 M. (S. 148*.)

32. *Böhme*, *A.* (Kiel), Vergleichende Untersuchungen über die reflektorischen Leistungen des menschlichen und tierischen Rückenmarks. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 121, S. 129. (S. 159*.)

33. *Böhme*, *A.* (Kiel), Die koordinierten Reflexe des menschlichen Lendenmarks. Deutsche med. Wschr. Nr. 49. (S. 159*.)

34. *Börner*, *Helene*, Ursache der Steigerung der Adrenalinwirkung auf den Kaninchenblutdruck durch Hypophysenextrakte. Inaug.-Diss. Freiburg i. B.

35. *Bonhoeffer*, *K.* (Berlin), Erfahrungen aus dem Kriege über die Ätiologie psychopathischer Zustände. Referat auf der Kriegstagung d. D. V. für Psych. in München, 21. XI. 1916. (Ausführl. Mitteilung i. d. Allg. Ztschr. f. Psych.) Bericht einschließlich Diskussionsbericht, besorgt von *Spielmeyer*-München. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. 5 S., Bd. 13, H. 3, S. 248.

36. *Bonne*, *Georg* (Kl.-Flottbeck), Die Lazarettpsychose und deren Verhütung. Münch. med. Wschr. Nr. 33, S. 1191. (S. 159*.)

37. *Brauns*, *Bernhard*, Zur Lehre von den postoperativen Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel. 18 S.

38. *Brennecke*, *Ch. G.* (Friedrichsberg), Trophische Störungen. (Demonstr.: Ärztl. V. Hamburg, 30. XI. 1915.) Referat: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E.-Bd. 12, H. 3, S. 257.

39. *Bresler*, *Joh.* (Lüben), *H. Bickels* Untersuchungen über die wechselseitigen Beziehungen zwischen psychischem Geschehen und Blutkreislauf mit besonderer Berücksichtigung der Psychosen. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 19/20, S. 115.

40. *Brodsky*, *E. S.*, Symptomatic psychoses of renal origin. New York med.-record vol. 88, no. 21.

41. *Bronner*, *Augusta* (Chicago), What do psychiatrists mean? The journ. of nerv. and mental dis. vol. 44, no. 1, p. 30.

42. *Brown*, *Sanger* (White Planis, N. Y.), The sex worship and symbolism of primitive races. The journal of abnormal psychology p. 297 and 418.

43. *Brown*, *S.*, On the interpretation of symptoms in the infective exhaustive psychoses. The journ. of nerv. and mental dis. 1916 vol. 43, no. 6, p. 518. (S. 159*.)



44. *Brückner*, *E. L.* (Hamburg-Langenhorn), Psychiatrische Kriegserfahrungen. Münch. med. Wschr. Nr. 23, S. 837. (S. 159*.)

45. *Burr*, *C. B.*, Art in the insane. Psychoanalytic review vol. 3, no. 4.

46. *Burton-Opitz*, *R.* u. *Edwards*, *D. G.*, Über die durch Hirndruck verursachte Steigerung des Blutdrucks. Wien. med. Wschr. Jahrg. 66, S. 505.

47. *Capitan* (Paris), La psychologie des Allemands actuels, alcoholiques, fous et criminels. Cours anthropol. préhistor. 1914—1915 (Juin 1915). Kritisiert von Prof. *Schultze*-Bonn. Deutsche med. Wschr. Nr. 38, S. 1170.

48. *Cowles*, The laboratories of Mc Lean Hospital. The institutional care of the insane in the United States of Canada. Vol. 2, 1916.

49. *Dühling*, *Johannes*, Über psychische Störungen im Verlauf der Pneumonie. Inaug.-Diss. 1914, Kiel. 38 S.

50. *Dercum*, Nervous and mental diseases and the newer pathology. Journ. of nerv. and mental dis. 1915, vol. 42, no. 6.

51. *Determann*, *Karl*, Zur Behandlung der Urämie. Deutsche med. Wschr. Nr. 37, S. 1122.

52. *Dück*, *Joh.* (Innsbruck), Die wissenschaftlichen Grundlagen der Sexualpädagogik. Arch. f. Sexualforsch. Bd. I, H. 2. (S. 149*.)

53. *Dück*, *Joh.* (Innsbruck), Anonymität und Sexualität. Zweite Untersuchung (vgl. Sexualprobleme 1914, Januarheft). Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 24, S. 280.

54. *Düring* (Basel), Die Oxydasereaktion der Ganglienzellen des zentralen Nervensystems und ihre Bedeutung für die Pathologie. Frankfurter Ztschr. f. Pathol. Bd. 18, H. 3. (S. 160*.)

55. *Enebuske*, *Claës Jul.* (Säter, Schweden), Von der vasomotorischen Unruhe bei Geisteskranken. Auf Grund von 20 000 Messungen des Radialpulses, in 250 Fällen von verschiedenen Geisteskranken. Kurzgefaßte Übersicht. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 34, H. 5, S. 449. (S. 160*.)

56. *Enge*, *Joh.* (Lübeck), Ratgeber für Angehörige von Geisteskranken. Halle a. S., C. Marhold. 53 S. 1 M. (S. 149*.)

57. *Engelen* (Düsseldorf), Die Gesetze der Gefühlsbeeinflussung von Puls- und Atmungskurven. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 23, S. 367.

58. *Engelen* (Düsseldorf), Puls- und Atmungskurven unter dem Einfluß von Affekten. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 23, S. 368.



59. *Erlenmeyer* (Bendorf), Über Laudanon. Psych.-neurol. Wsch. Nr. 7/8, S. 48.

60. *van Erp Taalman Kip, M. J.* (Arnheim), Über eine von der linken Großhirnrinde auf die rechte ausgeübte Hemmung. Psych. u. neurol. Bl. Bd. 20, Nr. 3, S. 209.

61. *van Erp Taalman Kip, M. J.* (Arnheim), Über die Variationen im Verhältnis der Kraft beider Hände und ihre Bedeutung für eine Theorie über den Ursprung der Rechtshändigkeit. Psych. u. neurol. Bl. N. 5 u. 6.

62. *Flatau, E.*, Arbeiten aus dem neurobiologischen Laboratorium der Gesellschaft der Wissenschaften in Warschau. Mit besonderer Berücksichtigung der experimentellen Neuropathologie. Berlin, J. Springer. 302 S. 20 Tafeln.

63. *Fraenkel, Konrad*, Die Unregelmäßigkeiten des Pulses, ihre Bedeutung für die Diagnose und Therapie. Inaug.-Diss. Kiel.

64. *Friedländer, E.* (Lemgo), Einige Erfahrungen mit Morphium-Skopolamin und Trivalin resp. Trivalin-Hyoszin bei der Behandlung schwerer Erregungs- und Angstzustände. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 35 u. 36. (S. 160*.)

65. *Friedländer* (Hohe Mark), Medizin und Krieg. Wiesbaden 1916, 48 S. (S. 150*.)

66. *Fuchs, A.* (Wien), Das Zeichen von Chvostek. Wien. klin. Wschr. Nr. 36.

67. *Gaupp, Rob.* (Tübingen), Wahn und Irrtum im Leben der Völker. Tübingen, Mohr. 31 S. 1 M. (S. 150*.)

68. *Gerhardi* (Lüdenscheid), Gehirn und Krieg. 2. Aufl. Glogau-Leipzig, Hellmann. 46 S.

69. *Gerlach, K. W.*, Weißwerden der Haare und Haarausfall nach psychischen Traumen oder Vitiligo mit seborrhoischer Alopezie? Dermatol. Ztschr. Bd. 22, H. 9.

70. *Gerlach, Paul*, Der Einfluß verschiedener Zonen auf das Zentralnervensystem von Säugetieren. Inaug.-Diss. Rostock.

71. *Gildemeister, W.* (Straßburg i. E.), Psychogalvanischer Reflex. Pflügers Arch. Bd. 162, H. 11/12.

72. *Goldstein, Bruno*, Zur Entstehung der Gefäßgeräusche, insbesondere derjenigen des Schädels (kranielle Geräusche). Inaug.-Diss. Berlin.



73. *Gordon*, *Alfred* (Philadelphia), Sensory disturbances of cerebral origin. (American neurolog. Ass. 8—10. May 1916.) Rep.: The journ. of nerv. and mental dis. vol. 44, no. 3, p. 248.

74. *Graßberger*, *R.* (Wien), Die Wünschelrute (k. k. Ges. d. Ärzte Wien, 3. XI. 1916). Ref.: Med. Klinik Nr. 49, S. 1300.

75. *Grober* (Jena), Behandlung des bedrohlichen Erbrechens. Deutsche med. Wschr. Nr. 51, S. 1565.

76. *Grotjahn*, *A.*, Soziale Pathologie. Zweite neubearbeitete Auflage. Berlin 1916.

77. *Gudden*, *H.* (München), Kriegspsychiatrische Erfahrungen. (Ärztl. Verein München, 15. XII. 1915.) Bericht: Berl. klin. Wschr. Nr. 10, S. 264.

78. *Gumpertz*, *K. L.* (Berlin), Spasmophile Psychopathie. (Berl. Ges. f. Psych. u. Nervenkrankh., 13. XI. 1916.) Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E.-Bd. 13, H. 5, S. 451.

79. *Gundlach*, *Kurt*, Gelenkrheumatismus und Psychose. Inaug.-Diss. Kiel 1915, 21 S.

80. *Hagedorn*, *O.* (Görlitz), Abnorme Selbstbeschädigungen. Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd. 137, H. 1—3.

81. *Harrington*, The psychic factors in mental disorder. Americ. journ. of insan. 1915, vol. 71, no. 4.

82. *Healy*, *William* (Chicago), Some fundamentals in testing mentality. (Chicago neurol. Soc., 21. XI. 1915.) Rep.: The journ. of nerv. and mental dis. vol. 43, no. 2, p. 169.

83. *Hellwig*, *Albert*, Hexenglaube und Sympathiekuren. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 13, S. 146.

84. *Hering*, *H. E.* (Köln), Verhandlungen der anläßlich der Ausstellung für Kriegsfürsorge von der Akademie für praktische Medizin in Köln am 22. August 1916 veranstalteten ärztlichen Tagung, herausgegeben von dem Geschäftsführenden: Professor Dr. *H. S. Hering*, Geh. Med.-Rat. Bonn, A. Marcus & Weber. 48 S.

85. *Herzig*, *Ernst*, Bemerkungen zu den jetzt vorgebrachten Theorien der Halluzinationen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 30, H. 4/5, S. 477.

86. *Hesse*, *M.*, Über die Bedeutung der Eigenhemmung (bei W.-R.). Wien. klin. Wschr. Jahrg. 29, S. 605.



87. *Heveroch, A.* (Prag), Über das Verwöhnen von Schwächlingen. Čas. česk. lék. vol. 55, p. 293. (Böhmisch.)

88. *Hirsch, Max* (Berlin), Über Kriegspsychosen des Weibes. Deutsche Strafrechtsztg. H. 3 u. 4, S. 134. (S. 151*.)

89. *Hnatek* (Prag), Malum Rustii. Deutsche med. Wschr. Nr. 47 u. 48.

90. *Hoche, A.* (Freiburg i. B.), Seelische Massenerscheinungen im Kriege. Deutsche Revue, April. (S. 151*.)

91. *Hoffmann, Max*, Beitrag zur Lehre von den hereditären und familiären Hirn- und Rückenmarkserkrankungen. Inaug.-Diss. Kiel. 21 S. (S. 160*.)

92. *Hoffmann, F. A.* (Leipzig), Vergleichende Messungen der Zeitdauer des Patellarreflexes bei Gesunden und Kranken. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 120, H. 2 u. 3.

93. *v. Hoffmann* (Géza), Krieg und Rassenhygiene. Die bevölkerungspolitischen Aufgaben nach dem Kriege. München, C. F. Lehmann. 30 S. 0,80 M.

94. *Holste, Arnold*, Der Baldrian und seine Präparate. Deutsche med. Wschr. Nr. 20, S. 599.

95. *Horn, P.* (Bonn), Über Blitz- und Starkstromläsionen des Nervensystems. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 54, S. 312.

96. *Horn, P.* (Bonn), Über vergleichende Blutdruckbestimmung. Med. Klinik Nr. 8.

97. *Houwendige Graftdijk, C. J.* (Leyden), Zwei chirurgische Eingriffe bei Psychopathen. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. No. vom 18. März.

98. *Hughes*, Psychiatry in the dietary. The Alienist and Neurologist 1915, vol. 36, no. 1.

99. *Jeliffe, Smith Ely* (New York), Notes on the history of psychiatry. XIII. Alienist and neurol. vol. 37, no. 3, p. 287.

100. *Jentsch, Ernst* (Obernigk), Zur Geschichte der Entdeckung Julius Robert Mayers. Die Naturwissenschaften, Jahrg. 4, H. 7, S. 90.

101. *Jentsch, S.* (Obernigk), Ein unveröffentlichter Brief Sophies von Löwenthal an den geisteskranken Nikolaus Lenau. Ztschr. f. Sexualwissensch. Bd. 3, H. 1.

102. *Jentsch, E.* (Obernigk), Die neue Phrenologie. Die Naturwissenschaften, Jahrg. 4, H. 27, S. 382.



103. *Jolly*, Über Narkolepsie. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 55. (S. 160*)

104. *Jung*, *C. G.* (Zürich), Über Konflikte der kindlichen Seele. 2. Aufl. Leipzig und Wien, F. Deuticke. 35 S. 1,25 M.

105. *Karplus*, *J. D.*, Über Störungen der Schweißsekretion bei Verwundungen des Nervensystems. Wien. klin. Wschr. Bd. 29, Nr. 31. (S. 161*.)

106. *Karplus*, *J. D.*, Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie Bd. 37. (S. 161*.)

107. *Kesseler*, *Karl*, Über die Beziehungen zwischen Trauma und endogenen Geisteskrankheiten. Inaug.-Diss. Würzburg.

108. *Keyser*, *Tedrow S.*, Hoffmann's sign of the „digital reflex". The journ. of nerv. and mental dis. vol. 44, no. 1, p. 51.

109. *Kleist*, *K.* (Erlangen), Postoperative Psychosen. Monographie aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie, Heft 11. Berlin, Jul. Springer. 31 S. 1,80 M. (S. 161*.)

110. *Knauer*, *A.* (München), Über den Einfluß normaler Seelenvorgänge auf den arteriellen Blutdruck. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 30, H. 4/5, S. 319.

111. *Kohnstamm*, *O.* (Königstein i. Taunus), Über „Fernheilung" schizothymer Symptome. Münch. med. Wschr. Nr. 5, S. 157.

112. *Kohnstamm*, *O.* (Königstein i. Taunus), Schlaf, Hypnose und Schizothymie. Neurol. Zentralbl. Nr. 20, S. 834. (S. 151*.)

113. *Kraepelin*, Einführung in die psychiatrische Klinik. Dritte, durchgearbeitete Auflage. Leipzig, Ambrosius Barth. 514 S. 15,50 M. (S. 151*.)

114. *Kraepelin*, *E.* (München), Ein Forschungsinstitut für Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 32, H. 1, S. 1. (S. 152*.)

115. *Kraepelin*, *E.* (München), Mitteilung über Gründung eines Forschungsinstitutes für Psychiatrie. (Kriegstagung des Vereins für Psychiatrie, München 21. IX. 1916.) Bericht: Neurol. Zentralbl. Nr. 19, S. 789. (S. 152*.)

116. *Krantz*, *Hetty*, Über den Zusammenhang zwischen gynäkologischen Operationen mit Psychosen. Inaug.-Diss. Bonn.

117. *Kreuser*, *H.* (Winnental), Geistige Störungen zu Kriegszeiten. Württemberg. med. Korr.-Bl. 1916. (S. 154*.)



118. *Kreuser*, *H.* (Winnenthal), Krankheit und Charakter. Wandlungen der Persönlichkeit in gesunden und kranken Tagen. 213 S. Stuttgart, Strecker u. Schröder. 4,40 M. (S. 154*.)

119. *Kronthal*, *Paul*, Gehirn und Seele. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39, H. 5, S. 294. (S. 154*.)

120. *Künzel*, *Ilse*, Über die Prognose der Psychosen und Neurosen im Kindesalter. Inaug.-Diss. Bonn.

121. *Laehr*, *Hans* (Schweizerhof), Psychopathia gallica. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 72, H. 3, S. 250 (Kleinere Mitteilungen.)

122. *Levy-Suhl*, *Max* (Kortau), Psychiatrisches und Neurologisches aus einem Kriegslazarett. Neurol. Zentralbl. No. 23, S. 946.

123. *van Lier*, *J. L.*, De seniele Paranoia. Inaug.-Diss. Amsterdam. van Dorssen. 149 S.

124. *Lilienstein* (Nauheim), Neurologisch-psychiatrische Erfahrungen bei Kriegsgefangenen. (Kriegswissenschaftliche Sitzung in der Psychiatrischen Klinik, Gießen 29. XI. 1915.) Bericht: Med. Klinik Nr. 2, S. 53.

125. *Lind*, Combined psychoses. Journ. of nerv. and mental dis. 1915. vol. 42, no. 4. (S. 162*.)

126. *Loeper* und *Verpy*, *G.*, Les troubles vasculaires et hématiques de la commotion. Compt. rend. de la Soc. de biolog. vol. 79, p. 831.

127. *Lotsy*, *J. P.* (Haarlem), Gesellschaftsprobleme und Erblichkeitslehre. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. Nr. vom 22. Juli.

128. *Mader*, *Alfons*, Beiträge zur Pathologie traumatischer Krankheiten. Inaug.-Diss. Breslau.

129. *Major*, *Gustav* (Berlin), Bedürfen die Psychopathen einer besonderen Erziehung? Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. 6, H. 5/6, S. 328.

130. *Mangold*, *Ernst* (Freiburg i. B.), Die tierische Hypnose im Vergleich zur menschlichen. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. 6, H. 5/6, S. 268.

131. *Marburg* und *Obersteiner* (Wien), Arbeiten aus dem Neurologischen Institute (k. k. österreichisches interakademisches Zentralinstitut für Hirnforschung) an der Wiener Universität Bd. 21, H. 3, ausgegeben Februar 1916. Leipzig und Wien, Fr. Deuticke. 488 S., 4 Tafeln, 27 Abb. i. Text.



132. *Marcinowski, J.* (Sielbeck), Ärztliche Erziehungskunst und Charakterbildung. 55 S. München, E. Reinhardt. 1 M. (S. 155*.)

133. *Marie, P.*, et *Meige, H.*, Le réflexe d'abduction du pied. Rev. neurol. vol. 33 (I).

134. *Marie, P.*, et *Foix, Ch.*, Influence du froid et des troubles vaso-moteurs sur les réactions électriques (refroidissement expérimental, lenteur de la secousse galvanique, tétanus faradique prématuré), existence de ces troubles chez les sujets présentant des troubles vaso-moteurs avec refroidissement local. Revue neurol. vol. 33 (I), p. 921.

135. *Marcuse, Max* (Berlin), Zur Kenntnis des climacterium virile, insbesondere über urosexuelle Störungen und Veränderungen der Prostata bei ihm. Neurol. Zentralbl. Nr. 14, S. 577. (S. 162*.)

136. *Meyer, Adolf* (Baltimore), The scope of psychopathology. (Presidential adress to the annual meeting of the American psychopatholog. Ass., Washington May 1916.) Psych. bull. of the N. Y. State Hosp., vol. 9, no. 3, p. 297.

137. *Meyer* (Königsberg), Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Königsberg i. Pr. Jahresbericht für Neurologie und Psychiatrie Bd. XIX.

138. *Meyer, E.* (Königsberg), Beitrag zur Kenntnis des Einflusses kriegerischer Ereignisse auf die Entstehung geistiger Störungen in der Zivilbevölkerung und zu der der psychischen Infektion. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 56, H. 1. (S. 162*.)

139. *Mertznich, Hans*, Krieg und Anstaltspsychiatrie. Inaug.-Diss. Erlangen.

140. *Meyer*, The scope of Psychopathology. Psychiatric Bulletin. Utica, July 1916.

141. *Michaelis, Edgar*, Zur Kenntnis der psychischen Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern. Inaug.-Diss. Gießen und Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. 9, S. 349.

142. *Mills, George W.*, and *Wearne, Raymond G.* (Willard State Hosp.), Some clinical deductions based on the occurrence of acetone



in the urine of the acutely insane. Psych. bull. of the N. Y. State Hosp. vol. 9, no. 4, p. 433.

143. *Moeves*, *C.*, Die chronische Lymphozytose als Zeichen konstitutioneller Minderwertigkeit. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 120, H. 2 u. 3.

144. *Mohr*, *Fr.* (Koblenz), Das Halsdrucksymptom als diagnostisches Hilfsmittel. Med. Klinik Nr. 26, S. 692.

145. *Mollweide* (Rufach), Der sensorisch-motorische Dualismus *Griesingers* als funktionelle Grundlage geistiger Erkrankungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 35, H. 1/2. (S. 155*.)

146. *v. Monakow* (Zürich), Gefühl, Gesittung, Gehirn. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 30.

147. *de Monchy*, *L. B.*, Ein Fall von Riesenwachstum. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. vol. 60 (I), p. 597.

148. *Mönckeberg*, *Joh. A.* (Düsseldorf), Zur Einteilung und Anatomie des *Adams-Stokes*schen Symptomenkomplexes. Beitr. z. pathol. Anat. Bd. 63, H. 1.

149. *Moore*, *R.*, Reflex of the upper extremity. The journ. of the American med. Ass. vol. 45, no. 6.

150. *Moravcsik* (Budapest), Die Psychosen des Krieges. Wien. med. Wschr. 1916. (S. 162*.)

151. *Mörchen*, *Friedrich* (Wiesbaden), Der vorläufige Abschluß der Auseinandersetzung über das Wesen der nervösen Kriegsschädigungen. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. 28, Nr. 39/40 (23. Dezember 1916). (S. 162*.)

152. *Müller* (Lindenhaus-Lemgo), Zur Frage der Entlassung gegen ärztlichen Rat. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 15/16, S. 91.

153. *Myerson*, *A.* (Taunton), Psychiatric family studies. (Boston Soc. of Psych. and Neurol., April 1916.) Rep.: The journ. of nerv. and mental dis. vol. 44, no. 4, p. 348.

154. *Neißer*, *A.*, Die Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung. Vorschläge und Forderungen für Ärzte, Juristen und Soziologen. 331 S. Berlin, Jul. Springer. 8 M.

155. *Nelson*, *Burt E.* (New York), Chemical studies of the central nervous system. I. Some chemical observations on the brain



in certain forms of insanity. Psych. bull. of the N. Y. State Hosp. vol. 9, no. 3, p. 368.

156. *Neresheimer*, *Rosa*, Über Arachnodaktylie. Inaug.-Diss. München.

157. *Neumann*, *Wilh.* (Baden-Baden), Über den denkenden Hund Rolf von Mannheim. Münch. med. Wschr. Nr. 34, S. 1226.

158. *Newcomb*, Psychoses in twins. Illinois med. journ. Oktober 1915. (S. 163*.)

159. *Nonne*, *Max* (Hamburg), Ludwig Bruns †. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 40, H. 6, S. 387.

160. *van Noorden*, *C.*, und *Kaminer*, *S.*, Krankheiten und Ehe. Darstellung der Beziehungen zwischen Gesundheitsstörung und Ehegemeinschaft. 2. Aufl. 1112 S. Leipzig, G. Thieme. 27 M.

161. *Myerson*, The value and meaning of the adductor responses of the leg. The journ. of nerv. and mental dis. vol. 43, 1916. (S. 163*.)

162. *Obmann*, *Karl*, Über vorzeitige Geschlechtsentwicklung. Deutsche med. Wschr. Nr. 7.

163. *O'Brien*, *J. F.* (Taunton), A family group showing transition in psychotic type. Transition of mental symptoms from a paraphrenia systematica to a hebephrenic dementia. (Boston Soc. of psych. and neurol., 16. Febr. 1916.) Rep.: The journ. of nerv. and mental dis. vol. 44, no. 1, p. 75.

164. *Oesterreich*, *Konstantin*, Der Besessenheitszustand, seine Natur und seine religions- und völkerpsychologische Bedeutung. Deutsche Psychologie Bd. 1, S. 1. Langensalza, Wendt u. Klauwell.

165. *v. Olah*, *Gustav*, Psychiatrische Kriegsbeobachtungen. Gyógyászat Nr. 20.

166. *Orlowski*, *S.* (Warschau), Über einen Schutzmechanismus der menschlichen Psyche. (Verhandlungen der Warschauer wissenschaftlichen Gesellschaft IX.) Bericht *Higier*: Neurol. Zentralbl. Nr. 15, S. 626.

167. *Pappenheim*, *M.* (Wien), Über Psychosen bei Kriegsgefangenen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 33, H. 5, S. 518.

168. *Pearson*, Has there been an increase of suicide among the opium addicts since the passage of the Harrison law, and if so, why? The alienist and neurologist 1915.



169. *Peiser, Else*, Über den angeborenen partiellen Riesenw… Inaug.-Diss. Leipzig.
170. *Perkins, Anna*, The relation of pelvic diseases to mental disor… Psych. bull. of the N. Y. State Hosp. vol. 9, no. 1, p. … (S. 163*.)
171. *Pelnař, J.*, Über die *Heveroch*sche Amerisia. Časopis česk… lékařuv 54 581, 1915. (Böhmisch.) (S. 163*.)
172. *Peters, W.*, Über Vererbung psychischer Fähigkeiten. (… Fortschritte der Psychologie Bd. III, H. 4—6, S. 185–3… Leipzig, G. Teubner. 6,50 M.
173. *Pettenkofer, Wilh.* (München), Einleitung der Narkose … Lumbalanästhesie. Med. Klinik. Nr. 29 u. 30.
174. *Photokis* (Berlin), Hermaphroditismus verus lateralis masculi… dexter. Virch. Arch. Bd. 221, H. 1.
175. *Pick, A.* (Prag), Über den Hermaphroditismus der Mensch… und der Säugetiere. Berl. klin. Wschr. Nr. 42 u. 43, S. 1… u. 1172. (S. 164*.)
176. *Pick, A.* (Prag), Der Krieg und die Reservekräfte des Nerv… systems. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus de… Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten Bd. 11, H. … 27 S. Halle, C. Marhold. 1 M. (S. 156*.)
177. *Pick, A.* (Prag), Über das Verhältnis von Echolalie und V… sprechen sowie zur Deutung gewisser Erscheinungen. Mon… schr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39, H. 2, S. 65 (vgl. Bemerkun… zu vorstehendem Aufsatz von *Th. Ziehen* in H. 4, S. …
178. *Pick, A.* (Prag), Zur Frage nach der Natur der Echola… Fortschr. d. Physiologie und ihrer Anwendungen Bd… H. 1, S. 34.
179. *Piotrowski, A.* (Berlin), Über Hydantoine als Hypnotika. Mün… med. Wschr. Nr. 43, S. 1512. (S. 166*.)
180. *Placzek, S.* (Berlin), Freundschaft und Sexualität. 48 S. Bo… Marcus und Weber. 1,50 M. (S. 156*.)
181 *Placzek, S.* (Berlin), Die Selbstmörderpsyche. Ztschr. f. Psych… ther. u. med. Pathol. Bd. 6, H. 5/6, S. 299.
182 *Pollack, Bernh.* (Berlin), Latenter Nystagmus. (Berl. Ges. … Psych. u. Nervenkrankh., 13. III. 1916.) Bericht: Ztschr… f. d. ges. Neurol. u. Psych. R.- u. E.-Bd. 12, H. 5, S. …



33. *Pollack*, *Ludwig* (Berlin), Narkophin als Ersatz für Morphium. Deutsche med. Wschr. Nr. 37.

34. *Posner*, *Emil*, Inwiefern gelten die Vererbungsgesetze in der Pathologie. Inaug.-Diss. Berlin.

35. *Posner*, *Richard*, Der Wert der Hirnpunktion für die Erkennung und Behandlung von Hirnkrankheiten. Inaug.-Diss. Berlin.

86. *Postma*, *H.* (Zeist i. Holland), Aus dem Pubertätsalter des Mädchens. Ned. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz- en Kindergeneesk. vol. 5, p. 146 u. 276.

87. *Pulay*, *Erwin* (Wien), Zur Pathologie des Fazialisphänomens. Wien. klin. Wschr. Nr. 42.

188. *Putnam*, *James W.* (Buffalo N. Y.), Acroparesthesia. The journ. of nerv. and mental dis. vol. 44, no. 3, p. 193.

189. *Raecke* (Frankfurt a. M.), *Alois Alzheimer* †. Arch. f. Psych. Bd. 56, H. 2.

190. *Riebesell*, *P.* (Hamburg), Die mathematischen Grundlagen der Variations- und Vererbungslehre. 45 S. Leipzig, G. B. Teubner. 0,80 M.

191. *Roels*, *F.*, Die von einem unrichtigen Wiedererkennen ausgehende Hemmung. Verslag d. Kon. Acad. v. Wet. (afd.: Wis- en Natuurk.), vol. 24, p. 1212.

192. *Roos*, *Oskar*, Studien über „Elektrischen Schlaf". Inaug.-Diss. Straßburg i. E.

193. *Rüdin*, *Ernst* (München), Studien über Vererbung und Entstehung geistiger Störungen. I. Zur Vererbung und Neuentstehung der Dementia praecox. 172 S. Berlin, Jul. Springer. 9 M.

194. *Ruttin*, *E.*, Zur Differentialdiagnose des vertikulären und zentralen Nystagmus. Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinologie, Bd. 50, S. 294.

195. *Saaler*, *Bruno* (Berlin), Über nervöse und psychische Krankheiten in ihren Beziehungen zum Kriegsdienst. Berl. klin. Wschr. Nr. 52, S. 1389.

196. *v. Sarbo*, *Artur* (Budapest), Pupillenuntersuchung und die sogenannte paradoxe Lichtreaktion der Pupille. Wien. klin. Wschr. Nr. 14. (S. 164*.)

197. *van der Scheer, M. M.* (Meerenburg), Menstruation und Psychosen. Psych. en neurol. Bl. vol. 20, p. 31.

198. *Scheetz, Mildred E.*, The sensibility of the nipple area with reference to mental disease. The Americ. journ. of insan. vol. 72, no. 4, p. 611.

199. *Schickele, G.* (Straßburg i. E.), Über Osteomalazie. (Unterelsässischer Ärzte-Verein, Straßburg, 22. VII. 1916.) Bericht: Deutsche med. Wschr. Nr. 51, S. 1594.

200. *Schlosser, Georg* (Berlin), Das neue Opiumpräparat „Holopon“ in der Neurologie und Psychiatrie. Deutsche med. Wschr. Nr. 33, S. 1008.

201. *Schmidt, A.* (Halle a. S.), Konstitution und ihre Beeinflussung. (Rede, gehalten beim Antritt des Rektorats der vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg am 12. Juli 1916.) 19 S. Halle, M. Niemeyer. 0,80 M.

202. *Schmidt, R.* (Prag), Zur Klinik des „essenziellen“ Hochdrucks“ und zur Kenntnis seines konstitutionellen Milieus. Med. Klinik Nr. 29 u. 30, S. 765 u. 792. (S. 164*.)

203. *Schmidt, W.* (Freiburg i. B.), Über psychischen Puerilismus bei Kriegsteilnehmern. (41. Wanderversammlung südwestd. Neurologen und Irrenärzte, Baden-Baden, 3./4. VI. 1916.) Eigenbericht: Neurol. Zentralbl. Nr. 17, S. 727.

204. *Schmidt, Clara* (Chicago), The cooperation of psychologist and physician. The journ. of nerv. and mental dis. vol. 44, no. 1, p. 35.

205. *Schneidemühl, G.*, Die Handschriftenbeurteilung. Eine Einführung in die Psychologie der Handschrift. Leipzig, Teubner. 1,25 M.

206. *Schuurmans Stekhoven, J. H.*, Das Studium der Ursachen des Irrsinns. Maandbl. v. het Krankzinnigenw. Bd. 1, S. 169.

207. *Selig, Arpad*, Die Geisteskrankheiten des Krieges. Gyógyászat. no. 27.

208. *Shufeldt, R. W.* (Washington, D. C.), Hermaphroditism in the human species. The alienist and neurolog. vol. 37, no. 3, p. 268.

209. *Siebert, H.* (Libau), Über das Schwinden der Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 54, H. 6, S. 384. (S. 165*.)



10. *Siebert*, *H.* (Libau), Einige Beobachtungen zur Fibrolysintherapie. Therapeut. Monatsh. November-Nummer.

11. *Silberstein*, *Ph.* (Wien), Über psychische Störungen bei Verschütteten nach ihrer Belebung. (Vgl. dasselbe, *Türk*, in Nr. 29 der Wochenschrift.) Wien. klin. Wschr. Nr. 32, S. 1017.

12. *Sikkel*, *Azn A.* (Utrecht), Erfahrung und Reflexion in der Heilkunde. (Rede zur Eröffnung der 67. Allg. Versammlung der Nederlandsche Maadschappy tot Bevordering der Geneesk., Utrecht.) Ned. Tijdschr. voor Geneesk. Nr. v. 8. Juli 1916.

13. *Simsa*, Über Kriegsnervenkrankheiten und Kriegspsychosen. Časopis česk. lék. vol. 55, p. 299. (Böhmisch.)

14. *Sittig*, *O.* (Prag), Über kontralaterale identische Mitbewegungen beim Schreiben. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39, H. 5, S. 286.

15. *Sommer*, *G.* (Bergedorf), Geistige Veranlagung und Vererbung. Aus Natur und Geisteswelt, Bd. 512. 18 S. Leipzig, Teubner. 1 M. (S. 156*.)

16. *Sommer*, *R.* (Gießen), Krieg und Seelenleben. 96 S. Leipzig, Otto Remnich. 1 M. (S. 157*.)

17. *Soukhanoff*, *Serge*, De la conviction d'être prisonnier de guerre, contribution à l'étude des troubles mentaux provoqués par la guerre actuelle. Annales med.-psychol. Ann. 1915, p. 549.

18. *Southard*, *E. E.* (Boston, Mass.), A frequency list of mental symptoms found in 17 000 institutional psychopatic subjects (Danvers State Hospital, Mass.). (American neurol. Soc. New York 6—8. May 1915.) Rep.: The journ. of nerv. and mental dis. vol. 43, no. 1, p. 56.

19. *Spangenberg*, *Gerhard*, Über die Einwirkung des Erysipels auf den Verlauf von Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel. 26 S.

20. *Speyer-Holstein*, *Victor*, Schwangerschafts-, Scheidungs- und verwandte Wahnideen beim weiblichen Geschlecht. Inaug.-Diss. Bonn.

21. *Spielmeyer*, *W.* (München), *Alzheimers* Lebenswerk. Ein Nachruf. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 33, H. 1/2 S. 1.

22. *Steinhausen*, *Stefan Josef*, Über einen Fall von Pemphigus vegetans mit Bemerkungen über die Ätiologie und Therapie des Pemphigus. Inaug.-Diss. Bonn.



223. *Stern*, *Fr.* (Charlottenburg), Die klinische Verwertbarkeit des *Piotrowski*schen antagonistischen Reflexphänomens. Med. Klinik Nr. 14. (S. 165*.)

224. *Stiefler*, *C.* (Innsbruck), Über eine träge und isolierte Plantar-reflexion der großen Zehe. Neurol. Zentralbl. Nr. 21, S. 8

225. *Stiller* (Budapest), Grundzüge der Asthenie. Stuttgart, Ferdinand Enke, 1916. 81 S. (S. 165*.)

226. *Stoddard*, *W. H. B.* (Edinburgh), The new psychiatry. London Tindale and Cox. Report Jeliffe: The journ. of nerv. a mental dis. vol. 44, no. 2, p. 192.

227. *Strafella*, *Franz Georg* (Wien), Das Geschlechtsleben Geiste kranker. H. Groß' Archiv Bd. 66, H. 1 u. 2, S. 59.

229. *Stransky*, *E.* (Wien), Krieg und Bevölkerung. (Vgl. Vortr. Professor *Tandler*-Wien.) Wien. klin. Wschr. Nr. 18. (S. 15

230. *Stransky*, *E.* (Wien), Zur Psychologie und Psychopathologie d Legendenbildung. Wien. med. Wschr. Nr. 36, S. 15 (S. 157*.)

231. *Stransky*, Über Transitivismus. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 1916, Bd. 39, H. 2. (S. 157*.)

232. *v. Strümpell*, *Adolf* (Leipzig), Einige Bemerkungen zur Unter-scheidung zwischen funktionellen und organischen E-krankungen des Nervensystems. Med. klin. Wschr. N S. 471.

233. *Sturmhöfel*, *Fritz*, Zur Lehre von den in der Hat fentstehenden Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel. 20 S.

234. *Stuchlík*, *Jar.*, Über die Möglichkeit der Vererbung der erworbenen pathologischen Eigenschaften. Věstník V. sjez čes. lék, a p (S. 158*.)

235. *Suchy*, *S.*, Die Bedeutung der Ohrmuschel und der Augenbrauen sowie anderer Abnormitäten für die geistige Beurteilung eines Menschen. Wien. klin. Wschr. Nr. 51.

236. *Suckau*, *W.* (Frankfurt a. M.), Psychosen bei Frauen im Zu-sammenhang mit dem Kriege. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 7 H. 4, S. 328.

237. *Syassen*, *Oskar*, Pseudohermaphroditismus masc. ext. Inaug.-Diss. Erlangen.

238. *Sztanojevits*, *L.*, Bemerkungen zu der Arbeit von Dr. *Brückner*



Hamburg (Nr. 23 d. Wschr.) über psychiatrische Erfahrungen. Münch. med. Wschr. Nr. 37, S. 1346.

239. *Tandler, Jul.* (Wien), Krieg und Bevölkerung. Wien. klin. Rundschau Nr. 30—52.

240. *Talman*, Über Variationen des Verhältnisses der Kraft beider Hände unter dem Einfluß von Arbeits- und Ruheperioden. Psych. en neurol. Bladen 1914, Nr. 4 u. 5. (S 165*.)

240 a. *Talman*, Über eine von der linken Großhirnhemisphäre auf die rechte ausgeübte Hemmung. Ebenda, 1916, Nr. 1/3. (S. 165*.)

240 b. *Talman*, Über die Variationen im Verhältnis der Kraft beider Hände und ihre Bedeutung für eine Theorie der Rechtshändigkeit. Ebenda, 1916, Nr. 5 u. 6. (S. 165*.)

241. *Tausk, V.*, Diagnostische Erörterungen auf Grund der Zustandsbilder der sogenannten Kriegspsychosen. Wien. med. Wschr. Nr. 37 u. 38.

242. *Thannhauser, S. J.* (München), Traumatische Gefäßkrisen. Über Schreck und Kollaps. Münch. med. Wschr. Nr. 16, S. 581.

243. *Theilhaber, Felix A.*, Beeinflussung der Menstruation. Ztschr. f. Sexualwissensch. Bd. 3, H. 3.

244. *Theunissen, W. F.* (Lawang), Beitrag zur Kenntnis des Hermaphroditismus. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. vol. 60 (I), p. 989.

245. *Thiesen, Andreas Christian*, Über psychische Störungen der Herzkranken. Inaug.-Diss. Kiel. 15 S.

246. *Thoden van Velzen, S. K.*, Psychoenzephale Studien. Fünfte vermehrte Auflage. Berlin, Fr. Weber.

247. *Thorne, Frederic H.* (Morris Plains), Über gewisse histologische Veränderungen bei Tabes. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 32, H. 4/5, S. 422.

248. *van der Torren* (Hilversum), Das Psychische in der Heilkunst. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. No. 2, Juni.

249. *Trömner, E.* (Hamburg), Kortikale Sensibilitätsstörung. (Ärztl. Verein Hamburg, 19. X. 1915.) Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R.- u. E.-Bd. 12, H. 2, S. 132.

250. *van Trotsenburg, J. A.* (Grave), Eeen onderzoek van een handeling in vereglijk met een automatisme. Psych. u. neurol. Bl. vol. 20, no. 3, p. 224.



251. *Trumpp* (München), Ärztlicher Ehekonsens und Eheverbote. Münch. med. Wschr. Nr. 50, S. 1756.

252. *Ulrich* (Zürich), Über psychische Wirkungen des Broms und die wirksame Behandlung melancholischer Zustände mit Sedrobrol. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1916, Nr. 31. (S. 166*.)

253. *Urstein, M.*, Psychosen infolge des Krieges und psychische Erscheinungen bei Hirnläsionen. Medycyna IV.

254. *van Valkenburg, C. T.* (Amsterdam), Über das Symptom des subjektiven Zwanges. Psych. en neurol. Bl. vol. 20, p. 15.

255. *Waardenburg, P. J.*, Taubheit und Heredität. Ned. Tijdschr. v. geneesk. vol. 60 (I), p. 1730.

256. *Wagner* (Gießen), Überblick über die in der Heil- und Pflegeanstalt Gießen behandelten nerven- und geisteskranken Soldaten. Münch. med. Wschr. Nr. 15, S. 548.

257. *Waitsman, E.*, Neuere Versuche über die Klassifikation der Psychosen. Revue v. neuropsychopathol. vol. 13, p. 97. (Böhmisch.)

258. *van Valsem, G. C.*, Über Spätheilungen. Psych. en neurol. Bl. vol. 20, p. 361.

259. *van Valsem, G. C.*, Kränkende Namen (betr. Terminologie des Irrenwesens). Maandbl. v. het Krankzinnigenw. vol. 1, p. 180.

260. *Walter, Fr. Karl* (Rostock), Einseitige reflektorische Pupillenstarre. Deutsche med. Wschr. Nr. 10, S. 289. (S. 165*.)

261. *Walter, Fr. Karl* (Rostock), Über transitorische Pupillendifferenzen bei Nervengesunden. Neurol. Zentralbl. Nr. 15, S. 619.

262. *Weber, L. W.* (Chemnitz), Über Tätowierung. (Med. Chemnitz, 12. IV. 1916.) Bericht: Münch. med. Wschr. Nr. 32, S. 1161.

263. *Weichbrodt, R.* (Frankfurt a. M.), Psychosen nach Erysipel. Arch. f. Psych. Bd. 56, H. 3, S. 826. (S. 166*.)

264. *Weisenberg, T. H.* (Philadelphia), The clinical value of defence and muscle reflexes. Importance of the latter in spinal localization. The journ. of nerv. and mental dis. vol. 44, no. 3, p. 217.

265. *Wells, F. L.* (Waverley, Mass.), Review of Terman's „Measurement of intelligence“. School and society vol. 4, no. 86.

266. *Wells, F. L.* (Waverley, Mass.), On the psychometer mechanisme of typewriting. Americ. journ. of psychopathy vol. 27, p. 47.



267. *Wells*, *F. L.* (Waverley, Mass.), Mental regressions: its conception and types. Psych. bull. of the N. Y. State Hosp. vol. 9, no. 4, p. 445.

268. *Wells*, *F. L.* (Waverley, Mass.), A note on the retention of acquired capacities. Americ. journ. of psychol. 1915, vol. 26.

269. *Wernecke*, *E.* (Schlachtensee-Berlin), Laudanon in der Psychiatrie. Berl. klin. Wschr. Nr. 15, S. 399.

270. *Wernecke*, *E.*, Phenyläthylhydantoin (Nirvanol), ein neues Schlaf- und Beruhigungsmittel. Deutsche med. Wschr. Nr. 39. (S. 166*.)

271. *Wessel*, *Johannes*, Der menschliche Hermaphroditismus, sein Wesen und seine Ätiologie. Inaug.-Diss. Berlin.

272. *Weygandt*, *W.* (Hamburg), Über die Frage des Zusammenhangs zwischen Unfall und Selbstmord. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Bd. 52, H. 1.

273. *Weygandt*, *W.* (Hamburg), Psychiatrische Aufgaben nach dem Kriege. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung, Maiheft, S. 35. (S. 158*.)

274. *Weygandt*, *W.* (Hamburg), Schädelmißbildung bei geistiger Störung, insbesondere Turmschädelbildung. (Ärztl. Verein Hamburg, 27. VI. 1916.) Eigenbericht: Hamburger Ärzte-Korresp. Nr. 29, S. 308.

275. *Whrite*, *William A.* (Washington, D. C.), Critical historical review: Reils Rhapsodien. The journ. of nerv. and mental dis. vol. 43, no. 1, p. 1.

276. *Wilde*, *Werner* (z. Z. Königsberg i. P.), Zur Kenntnis des *Horner*schen Symptomenkomplex. Arch. f. Psych. Bd. 56, H. 2, S. 560.

277. *Wilhelm*, *E.* (Wien), Kumulierte Vererbung von Geisteskrankheit und Extremitätenmißbildung. (Verein f. Psych. u. Neurol., Wien, 11. I. 1916.) Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R.-u. E.-Bd. 12, H. 3, S. 241.

278. *Williams*, The prevention of suicide. Americ. journ. of insan. 1915, vol. 71, no. 3.

279. *Wolff*, *G.* (Basel), Kongenitale Wortblindheit. (Med. Ges. Basel, 2. XII. 1915.) Bericht: Deutsche med. Wschr. Nr. 16, S. 496.

280. *Zangger*, Erfahrungen bei einer Zelluloidkatastrophe. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1916, Bd. 40, H. 2 u. 3. (S. 166*.)

281. *Ziehen, Th.* (Wiesbaden), Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. Zweite Hälfte 1917. Berlin, Reuther und Reichard. 11,50 M.

282. *Ziehen, Th.* (Wiesbaden), Über die Beziehungen von Leibniz zur Medizin. Deutsche med. Wschr. Nr. 46, S. 1422.

283. *Zimmermann, Richard* (Hamburg), Über den Alkaligehalt des Blutes bei Geistesgesunden und Geisteskranken. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 40, H. 6, S. 335.

284. *Zsakó, Stefan*, Pupillenänderungen infolge mechanischer Einwirkungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 33, H. 3/4, S. 200.

1. Allgemeines.

Bayerthal (20) hat versucht, durch genaue Messungen des Schädels und durch Berechnung des Flächeninhaltes über das Verhältnis der Kopfgröße zu den intellektuellen Fähigkeiten Klarheit zu gewinnen, und festgestellt, daß ebenso wie mit abnehmender Kopfgröße gute intellektuelle Fähigkeiten seltener werden und schließlich ganz schwinden, eine gleiche Gesetzmäßigkeit auch für die Größe des Vorderkopfes gilt, während ein Zusammenhang zwischen intellektuellen Fähigkeiten und der Größe des Hinterhaupts nicht nachweisbar ist. (*Grimme.*)

Bayerthal (19) hat festgestellt, daß sich im Wachstum des Kopfes nach der Entlassung aus der Schule bei verschiedenen Berufsarten wesentliche Unterschiede ergeben, und zwar soll die mittlere Zunahme des Kopfumfanges bei den Kaufleuten am größten sein; dann sollen die Handwerker folgen und zuletzt die Fabrikarbeiter. *B.* fühlt sich auf Grund eigener Untersuchungen und denen anderer Autoren berechtigt, hieraus Rückschlüsse auf das Wachstum des Gehirnes zu machen. Die Ursache für dieses Wachstum erblickt er neben der Entwicklung der Intelligenz vor allen Dingen in der Entwicklung des Willens. (*Grimme.*)

Bleuler (30): Vor der Zusammenfassung beschließt der Verfasser die voraufgegangenen Ausführungen mit dem Satze: „Gewiß habe ich niemandem viel Neues gebracht; ich weiß sogar, daß ich an manchen Stellen Gemeinplätze streite; ich weiß aber auch, daß solche Sachen noch oft gesagt werden müssen; und außerdem glaube ich gezeigt zu haben, daß in dieser Richtung das Gebiet, das erforscht werden sollte, unendlich ausgedehnter ist als jenes, das wir kennen."

Damit ist der Wert der Broschüre treffend gekennzeichnet. Die auf zahlreiche Fälle der Praxis gestützte Darstellung ist flüssig und in hohem Maße anregend. Der angefügte Literaturnachweis erhöht den Nutzen der Schrift.

Bleuler (31): Das Buch will den Mediziner das für die Praxis notwendige Wissen vermitteln; es setzt zu einem vollen Verständnis den Besuch der psychiatrischen Klinik voraus, die die Darstellung illustriert und vor allem zeigt, was die psychiatrischen Benennungen wirklich meinen.



So spricht sich der Verfasser in den beiden Eingangssätzen des Vorwortes aus. Der Verfasser hofft aber auch, daß das Buch dem Praktiker als Nachschlagebuch dienen werde.

Weiter betont der Verfasser, daß er ziemlich viel Wert auf das psychologische Verständnis gelegt habe, „weil eine Psychiatrie ohne Psychologie eine Krankheitslehre ohne Physiologie ist". Nur derjenige kann ein guter Arzt sein, der den ganzen Menschen erkennt.

Bleuler hat sich möglichst genau an die einmal angenommene Einteilung der Psychosen gehalten, von der aus sich in der Psychiatrie, ebensogut wie in anderen Disziplinen von einer bekannten Auffassung aus abweichende Ansichten diskutieren lassen.

Dabei ist *Bleuler*, wie er in Abschnitt G — Die Einteilung der Geisteskrankheiten — auf S. 125 ausspricht, in allem Wesentlichen der Einteilung *Kraepelins* gefolgt, „die nun so ziemlich in der ganzen Welt verstanden wird, wenn sie auch nicht überall angenommen ist, während alle anderen Schemata nur für bestimmte Schulen brauchbar sind".

Das Buch wird aller Voraussicht nach als ein sehr übersichtliches und ungemein praktisches Lehrbuch seinen Weg machen.

Nicht unerwähnt darf das mit größter Sorgfalt ausgearbeitete Sachregister bleiben, welches den Abschluß des Buches bildet.

Ausstattung und die Abbildungen sind vorzüglich, der Preis (12 M. ungebunden) angemessen.

Dück (52): Der Aufsatz umschließt bei aller Kürze der Darstellung eine Fülle des Wissens. Die Stellungnahme des Verfassers kennzeichnet ihn als über den Meinungen stehend.

Der erste Abschnitt befaßt sich mit „Erkenntnistheorieteilen" und würdigt das Experiment, die spekulative Betrachtungsweise sowie die Rundfrage. Daran schließen sich „Die inneren Zusammenhänge und Zwecksetzung" an.

Der dritte Abschnitt enthält die „Zusammenfassung". Wir können uns nicht versagen, aus diesem Abschnitt folgendes im Wortlaut wiederzugeben: „Wir brauchen einheitliche, in sich abgeschlossene Charaktere. Deshalb soll auch die Erziehung möglichst einheitlich sein; dies wird zum großen Teil durch unsere Wissenschaft verhindert. Eine Umänderung in eine Erziehungsschule, auch der höheren Schule, ist auch in sexualpsychologischer Hinsicht notwendig und wird sich auf die Dauer nicht vermeiden lassen. Dabei dürften nicht nur Lehrer und Ärzte, sondern auch Militärs mitzusprechen haben."

In Abschnitt IV auf Seite 22 bis 41 bietet der Verfasser noch die Literatur über Sexualpädagogik bis 1915.

Wer sich mit der Frage befaßt, kann an der Broschüre nicht vorübergehen.

Enge (56): Die Bemühungen, in die Anschauungen der Masse über die Geisteskrankheiten Licht zu tragen, sind zahlreich. Gleichwohl erscheint die kleine Schrift keineswegs überflüssig.

In praktischer und allgemein verständlicher Weise bespricht Dr. *Enge* „Allgemeines — Wesen und Beginn der Geisteskrankheiten — Wann ist die Anstalts-



behandlung angezeigt? — Privatirrenanstalt oder öffentliche Anstalt? — Das Aufnahmeverfahren in Irrenanstalten. — Wahl der Verpflegungsanstalten. — Wie verbringt man einen Geisteskranken am besten in die Anstalt? — Was soll mit dem Kranken in der Zwischenzeit bis zur Verbringung in die Anstalt geschehen? — Über Besuche beim Kranken. — Der Briefwechsel mit den Kranken und über die Kranken. — Über den Umgang mit Geisteskranken. — Über geheilte und ungeheilte Geisteskranke."

Das Büchlein ist ein vortrefflicher Ratgeber für Angehörige von Geisteskranken.

Friedländer (65): Der Verfasser will die Aufgaben zeigen, welche der Medizin und Hygiene in diesem Kriege gestellt wurden und werden.

Die Durchführung erfolgt in sechs Abschnitten:

1. Die Kriegssanitätsordnung.
2. Die ärztliche Wissenschaft im Kriege. — Die Leistung in der Chirurgie, Die Feldzahnärzte, Die beratenden Ärzte und Hygieniker, Neurologisch-psychiatrische Schlüsse, Die Seuchenbekämpfung, Prophylaktische Maßnahmen, Geschlechtskrankheiten, Entlausung, Alkoholismus.
3. Über die Leistungen einer Kriegslazarettabteilung.
4. Sanitäre Maßnahmen in eroberten Landesteilen.
5. Rück- und Ausblicke. „Die Feldärzte."
6. Schlußfolgerungen.

Die Broschüre gibt in aller Kürze ein anschauliches Bild der Einrichtungen und der Leistungen.

Gaupp (67): In der Flut der Kriegsschriften verdient der ausgezeichnete Vortrag besondere Beachtung. Die lichtvolle Darstellung reizt zum Weiterlesen, und wer zum Schluß die Schrift aus der Hand legt, trägt einen schätzbaren Gewinn an Einsicht in die Wirren der Zeitereignisse davon.

„Was man den Wahn eines Volkes oder Volksteiles nennt, das sind Wirkungen der Suggestion, die an Kranken und Gesunden, an leidenschaftlich begeisterten Schwärmern und kühlen Betrügern, in der Woge stürmischer Erregung oder heimlich mit Umgehung oder Einschläferung unseres Denkens ausgeübt werden." — „Die enorme Suggestionskraft einer zum Teil erbärmlichen und käuflichen Presse mit ihren zu Millionen Lesern täglich wiederkehrenden Eingebungen hat sich wohl noch nie deutlicher erwiesen als in der Völkerrechtverletzung dieses Weltkrieges." Der Verfasser hebt hervor, daß die Völker unserer Feinde in noch höherem Grade und mit viel größerer Hartnäckigkeit der Massensuggestion der Leidenschaft unterlegen sind. Aber auch dem deutschen Volke gilt manch wertvoller Hinweis.

Aber als „Massensuggestion flüchtigster Art", wirksam für die kritische Zeit des Kampfes, sind sie wertlos für die ruhige Betrachtung der Dinge nach Eintritt des Friedens. Die Leidenschaften der Stunde werden vergehen; die Geistesarbeit der Jahrhunderte wird bestehen.

Die ganze Rede ist getragen von aufrichtigster Vaterlandsliebe. Möge der Abdruck recht viele Leser finden.



Hirsch (88): Die gemütlichen Erregungen, wie sie die Sorge um Angehörige oder die Trauer um ihren Verlust, wirtschaftliche Nöte, der ungewohnte oder erschwerte Kampf um die Existenz mit sich bringt, führen bei den Frauen zu einer gesteigerten Nervosität. In anderen Fällen ist es die sexuelle Abstinenz oder mehr noch der Ersatz des normalen Geschlechtsverkehrs durch Selbstbefriedigung usw., wodurch das Nervensystem geschädigt wird. Manche Frauen werden durch Eifersuchtsideen gequält. Mitunter kommt es zu Erregungszuständen mit Ohnmachtsanfällen oder auch zum Ausbruch einer eigentlichen Geisteskrankheit. (*Ganter.*)

Hoche (90): Die Erörterung ist mit zwingender Logik und allgemein verständlich durchgeführt.

Mit besonderem Interesse lesen wir gegen das Ende der Darstellung die Unterschiede, mit welchen die in Betracht gezogenen seelischen Vorgänge bei den verschiedenen Nationaltypen hervortreten. „Wenn deutsche Spruchweisheit annimmt, daß man seine näheren Familienmitglieder erst dann kennenlernt, wenn man mit ihnen eine Erbschaftsteilung durchgemacht hat, so können wir jetzt sagen, daß erst diese kriegerische Auseinandersetzung uns unsere näheren und ferneren Nachbarn feindlicher und neutraler Richtung kennengelehrt hat."

Von unserer eigenen deutschen Massenseele will der Verfasser nicht allzu viel reden, nur einzelne Punkte herausgreifen. Das Wenige, was *Hoche* hierüber bringt, trifft den Nagel auf den Kopf (im Anfang 1918).

Kohnstamm (112): Schlaf und Hypnose sind verschiedene Dinge. Hypnose kann, aber muß nicht mit Schlaf verbunden sein. Er versucht, das Wesen der verschiedenen Vorgänge durch Aufstellung eines Schlaf- und eines Wach- oder Ichzentrums klarzumachen. Das Schlafzentrum besteht aus dem Schlafneuron, welches die zum Schlaf gehörigen Innervationen zu betätigen hat, und aus dem Schlafhemmungsneuron, welches in seiner Erregungsphase das Schlafneuron ausschaltet, d. h. wach erhält. Hypnotisierung ist Ausschaltung der Ich-Konzentration, die im Ich-Zentrum lokalisiert ist; sie kann das Schlafzentrum mit einbeziehen oder nicht; dadurch tritt je nach dem Sinne der Suggestion tiefe Schlaf- oder tiefe Wachhypnose ein. Beide Zentren sind subkortikal lokalisiert. Die Labilität der Ich-Konzentration nennt *Kohnstamm* Schizothymie. Sie zeigt sich in der Neigung zu sogenannten hysterischen Dämmerzuständen, zu Reminiszenzsymptomen und in der Möglichkeit zu tiefer somnambuler Hypnotisierung. Das Einschlafen ist eine Form der Hypnotisierung, wobei das Schlafzimmer usw. an Stelle des Hypnotismus tritt. Die schizothyme und die hysterische Persönlichkeit sind ihrem Wesen nach grundverschieden. (*Grimme.*)

Kraepelin (113): Die „Einführung in die Psychiatrische Klinik" erscheint in dritter Auflage. Sie ist bedeutend umgearbeitet und stark vermehrt und wird sich jetzt noch weit mehr als in den früheren Auflagen als ein unentbehrliches Lehrbuch zum Studium der Psychiatrie erweisen. Die neu hinzugekommene Übersicht über die „klinischen Formen des Irreseins" fassen in knapper und doch ausführlicher Form das Wesentlichste über die einzelnen Krankheitsformen zusammen und stellen eine notwendige Ergänzung zu den Vorlesungen dar, in denen in erster Linie Zustandsbilder geschildert werden, während in einem dritten Abschnitt,



betitelt „Zustandsbilder und Krankheitsformen" die wichtigsten und häufigsten Erscheinungsformen der psychischen Erkrankungen behandelt werden. Diesem Abschnitt folgt das weitere Kapitel „Krankheitszeichen und Krankenuntersuchung". So geht *Kraepelin* von den verschiedensten Seiten an die Aufgabe heran, dem Lernenden das Wesen der psychischen Erkrankungen klarzumachen und ihn in den für jeden Anfänger verwirrenden Bildern krankhaften psychischen Geschehens zurechtfinden zu lassen. Die letzten Abschnitte: „Fragebogen zur Prüfung des Geisteszustandes", „Assoziationsversuche", „Verstandesprüfung nach *Binet-Simon*" und „Die wichtigsten für die Psychiatrie in Betracht kommenden Arzneimittel und Behandlungsmaßnahmen" sind mehr für den jungen Fachgenossen gedacht. Doch dürfte kein Zweifel darüber sein, daß auch manchem älteren Fachgenossen diese Kapitel recht dienlich erscheinen werden. Es hieße Eulen nach Athen tragen, wenn man dies Werk, das sich in jedem Kapitel selbst empfiehlt, noch besonders empfehlen wollte. (*Grimme.*)

Kraepelin (114): Auf der Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Breslau hatte Professor *Kraepelin* kurz über den Plan eines Forschungsinstituts für Psychiatrie berichtet. Daraufhin erging an ihn vom Vorstande des Vereins die Aufforderung, eine Denkschrift auszuarbeiten, in der die Gesichtspunkte für die in einer derartigen Anstalt zu lösenden Aufgaben, die erforderlichen Hilfsmittel, die Gliederung und Einrichtung, die Raumeinteilung, die Kosten und die Frage nach deren Deckung besprochen werden sollten.

So der Hergang nach *Kraepelins* einleitenden Worten zur Denkschrift: Ein Forschungsinstitut für Psychiatrie.

Die Denkschrift ist das Muster einer gründlichen und überzeugenden Darstellung, ihr Inhalt ein glänzender Beweis der organisatorischen Begabung des Verfassers. „Begründung", „Aufgaben", „Bedürfnisse", „Organisation", „Raumeinteilung", „Kosten", „Beschaffung der Mittel", „Mögliche Einschränkungen" und „Nachtrag" sind die Überschriften der einzelnen Kapitel. Den näheren Inhalt hier auch nur in skizzierender Weise wiederzugeben, geht nicht an.

Wie der Einleitung zur Denkschrift zu entnehmen, glaubte *Kraepelin* zunächst selbst nicht, daß ein Forschungsinstitut wirklich großen Maßstabes sich in absehbarer Zeit würde erreichen lassen, auch mit Rücksicht auf eine Zeit, „der andere Sorgen wahrlich näher liegen als die Errichtung von Forschungsinstituten".

Doch schon in Nr. 41/42 des XIX. Jahrganges der Psychiatrischen neurologischen Wochenschrift vom 5. Januar 1918 berichtet *Kraepelin* unter „Die Forschungsanstalt für Psychiatrie und die deutschen Irrenärzte", daß in überraschend kurzer Zeit und unter den ungünstigen Bedingungen des Weltkrieges das Ziel erreicht worden ist, das der Deutsche Verein für Psychiatrie auf die Anregung von *Siemens* hin seit einigen Jahren erstrebt hat. Als Zeitpunkt für die Aufnahme der wissenschaftlichen Arbeiten ist der 1. April 1918 in Aussicht genommen. S. M. König Ludwig III. hat eine Summe von 1 700 000 M., die ihm von hochherzigen Stiftern für diesen Zweck übergeben worden waren, zur Errichtung einer „Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München" bestimmt. Die Forschungsanstalt wird sich eines jährlichen Zuschusses der in ihrem



Stiftungsrate vertretenen Kaiser-Wilhelms-Gesellschaft erfreuen. Sie wird zunächst der Münchener Klinik angegliedert werden. Es sind zunächst zwei Abteilungen für Histopathologie der Hirnrinde unter *Nissl* und *Spielmeyer*, eine Abteilung für topographische Histologie der Hirnrinde unter *Brodmann*, eine serologische Abteilung unter *Plaut*, eine genealogisch-dermographische unter *Rüdin*, eine chemische unter *Allers* in Aussicht genommen. Eine psychologische Abteilung wird *Kraepelin* selbst leiten.

Um den Abteilungsleitern die nötigen Hilfskräfte zu sichern, die unter ihre Anleitung die Durchführung der vielen erforderlichen Einzeluntersuchungen unterr nehmen, wird an der Anstalt eine größere Zahl von Arbeitsplätzen geschaffen, die Gelegenheit zu wissenschaftlicher Tätigkeit unter Anleitung durch die Abteilungsleiter gewähren sollen.

Die Verfügung über je einen solchen Arbeitsplatz steht einmal den Stiftern der Forschungsanstalt zu, an welche Gesuche um Zulassung, auch durch Vermittlung des Anstaltsvorstandes gerichtet werden können. Außerdem sind die Regierungen sämtlicher deutschen Bundesstaaten, die Landeshauptleute der preußischen Provinzen, die Regierungen der bayerischen Kreise, der Magistrat Berlin gebeten worden, die Arbeiten der Forschungsanstalt durch Mietung von ganzen, halben oder viertel Arbeitsplätzen für die in ihren Diensten stehenden Irrenärzte zu unterstützen. Der Preis für einen vollen Jahres-Arbeitsplatz wurde auf 2000 M. angesetzt. Nicht fest vermietete oder besetzte Arbeitsplätze können von den Abteilungsleitern nach ihrem Ermessen vergeben werden. Die Gebühr für ihre Benutzung beträgt monatlich 50 M., bei Nichtdeutschen das Doppelte.

Als zweite große Aufgabe der Forschungsanstalt bezeichnet *Kraepelin* die Schaffung einer großen fachwissenschaftlichen Bücherei. Die Überweisung entbehrlicher Bücher und Sonderabdrücke aller Art sowie der hinterlassenen Büchereien verstorbener Fachgenossen an die Anstalt wäre eine wesentliche Unterstützung der auf Schaffung einer Anstaltsbücherei gerichteten Bestrebungen.

Eine weitere Aufgabe wird in der möglichst vollzähligen Sammlung der Anstaltsberichte und Anstaltspläne sowie der Bildnisse und Lebensbeschreibungen verdienter Fachgenossen gesehen.

Auch merkwürdige Sammlungsstücke, die sich vereinzelt in vielen Anstalten finden, würden in ihrer Zusammenfassung zu einer psychiatrischen Schaustellung in der Forschungsanstalt in erhöhtem Maße zur Geltung kommen, so z. B. anatomische Präparate, vor allem abnorme Schädel.

In der Forschungsanstalt soll ein geistiger Mittelpunkt für die Wissenschaft der Psychiatrie geschaffen werden. Ein weiterer Ausbau nach verschiedenen Richtungen ist zur Erreichung der genannten Ziele anzustreben. Hierzu bedarf es sehr großer Mittel. „Jede, auch die bescheidenste Spende ist uns willkommen, insofern sie ein Beweis dafür ist, daß Verständnis und Wohlwollen für unsere Bestrebungen in immer weitere Kreise eindringen."

Wir haben uns hier mit *Kraepelins* Schöpfung eingehender beschäftigt, weil wir glauben, daß es ihren Leistungen am ehesten gelingen wird, die noch unerforschten Gebiete der psychiatrischen Wissenschaft nach Möglichkeit zu verringern,



und daß von Anfang an das Augenmerk der weitesten Kreise auf diese Neuschöpfung gerichtet werden muß.

Wer sich noch genauer über Verfassung, Ziele und die Beziehungen der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie unterrichten will, den verweisen wir auf die oben angeführte Darstellung *Plauts* (München med. Wschr. 1917 Nr. 36) „Zur Errichtung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München". *Plauts* Ausführungen sind von allgemeinem Interesse.

Kreuser (117): Die interessanten Ausführungen ergehen sich bei aller Kürze nach verschiedenen Richtungen. Es werden nicht nur die im Felde Dienenden, sondern auch die Daheimgebliebenen in Betracht gezogen.

Der Verfasser betont am Schlusse, daß nur verhältnismäßig selten geistige Störungen aus dem Kriege selbst und aus allem, was er mit sich bringt, hervorgehen.

Daß in vielen Fällen, entgegen der ärztlichen Anschauung, von den Erkrankten selbst und ihren Angehörigen angenommen werden wird, daß das Leiden durch den Krieg verschuldet sei, hebt der Verfasser noch besonders hervor. Er schließt mit einem an den „Hilfsverein rekonvaleszenter Geisteskranker" gerichteten Appell, sich mit besonderer Vorliebe der Fälle anzunehmen, die während des Krieges entstanden und auf Versorgung keine Ansprüche erheben können, weil sie nicht durch den Krieg entstanden sind.

Kreuser (118): Die Worte, welche Dr. *Gustav Beißwänger* dem Buche „Zum Geleit" vorangestellt hat, werden dem Inhalt desBuches in treffender Weise gerecht. „Jeder, der das Buch liest, einfach oder gebildet, jung oder alt, wird einen Gewinn haben."

Die Schrift zerfällt in die Hauptabschnitte: „Das Werden einer Persönlichkeit; Krankheit und Charakter; Abwehr und Abhilfe." Auf die zahlreichenUnterabschnitte kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden.

Den Laien wird das Buch nicht nur eine Aufklärung, sondern auch eine Hilfe sein.

Kronthal (119): Nach *Kronthal* darf von einem „Sitz" der Seele im Gehirn nicht gesprochen werden. Die Seele, die aus Empfinden, Denken und Wollen besteht, kann nicht Gegenstand naturwissenschaftlicher Prüfung sein, sofern nicht Empfinden, Denken und Wollen Gegenstand naturwissenschaftlicher Untersuchung sind. Da aber diese drei Haupteigenschaften der Seele nicht in den Rahmen der Naturwissenschaften gehören, so müßte die Seele — wie es scheint — aus den Naturwissenschaften eliminiert werden, wenn nicht ein Seelenbegriff sich schaffen ließe, mit dem die Naturwissenschaft arbeiten kann. *Kronthal* definiert die Seele als „Summe der Reflexe". „Die Definition von der Psyche als Summe der Reflexe erfüllt wahrlich vollkommen die Ansprüche, die wir in den Naturwissenschaften an eine Definition stellen, indem sie allen Sinneseindrücken gerecht wird."

Der mit Nervensystem versehene Zellenstaat ist eine ideale Republik. Jeder Bürger lebt nur um seinetwillen. Da seine Lebensäußerung, seine Arbeit aber jedem seiner Mitbürger zugute kommt, da an jedem Schicksal eines Bürgers die anderen Bürger beteiligt werden, kommt es zu einer Synergie in diesem Zellenstaat, welche die Sicherheit und das Wohlergehen des ganzen Staates in höchstem Maße gewähr-



leistet. Für diese Leistung ist das Zentralnervensystem, speziell das Gehirn, von höchster Bedeutung. Aber die Seele sitzt nicht in dem Gehirn. Wo Leben ist, ist auch Seele, in jeder Zelle.

Die ganze Untersuchung ist mit großem Scharfsinn geführt, die Darstellung in hohem Maße anziehend.

Marcinowski (132): In vier Abschnitten erweitert der Verfasser „Die allgemeinen Gesichtspunkte der sittlichen Erziehung", „Die besonderen Wirkungen der Psychoanalyse", „Übersicht der gewonnenen Ergebnisse", „Sonderfragen des sittlichen Verhaltens". Der letzte Abschnitt bespricht „Das eigene Glück" (Sich ausleben, Nicht verdrängen, Sich durchsetzen) und „Das Glück mit Anderen" (die Affektbeherrschung, die krankhafte Unentschlossenheit).

Die Ausführungen beweisen, wie sehr sich der Verfasser in die psychoanalytische Methode hineingedacht hat. Anhänger der Methode werden die Broschüre zweifellos mit Nutzen verwerten. Ob aber neue Anhänger damit gewonnen werden, erscheint uns nicht sicher, zumal wohl nicht aus jenen Kreisen, welche den Boden jener Anschauung nicht verlassen wollen, daß den Geisteskrankheiten zu allermeist körperliche Veränderungen zugrunde liegen, auch wenn, wie in manchen Fällen (Paranoia), solche oftmals nicht aufzufinden waren.

In jedem Falle ist zuzugeben, daß die Broschüre für „Erziehung" allgemein von Belang ist.

Mollweide (145): Ein Versuch, das psychophysische Geschehen bei Psychosen auf die Wechselwirkung psychischer Reflexzentren zurückzuführen, wobei er auf der Anschauung *Griesingers* fußt, nach der das Zentralnervensystem sich in sensible und motorische Teilgebiete gliedert, und dies Organisationsprinzip auch für diejenigen Abschnitte der Hirnrinde gelten läßt, deren Funktion die höheren geistigen Vorgänge darstellen. Die Grundlage des manisch-depressiven Irreseins erblickt er in einer funktionellen Übererregbarkeit, und zwar in den depressiven Phasen des psychosensorischen und in den manischen Phasen des psychomotorischen Gebietes. In den Mischzuständen sollen beide Gebiete erkrankt sein. Die psychomotorische Hemmung soll dadurch entstehen, daß die gesteigerte Erregbarkeit der psychosensorischen Zentren eine hemmende Wirkung auf das psychomotorische Gebiet ausüben. Das Gefühl der Angst und inneren Unruhe ist eine Folge erhöhter innerer Spannung, infolge des erschwerten Ablaufes des psychischen Reflexvorganges bei primärer Übererregung sensorischer und sekundärer Hemmung motorischer Zentren. Bei agitierter Melancholie soll die auf psychosensorischem Gebiete angehäufte Spannung nach Überwindung oder Durchbrechung der Hemmung zu sekundärer motorischer Erregung führen. Die Stimmungslage, sowohl die depressive wie die manische, ist wahrscheinlich ein sekundärer Vorgang. Der Übergang eines Stadiums in den entgegengesetzten, des depressiven in den manischen, ist eine Folge der engen Verknüpfung des sensoriellen und motorischen Gebietes; so soll das Schwinden einer längere Zeit hindurch bestehenden Drepression und Hemmung für die psychomotorischen Zentren die Bedeutung eines Reizes gewinnen, während beim Abklingen einer Manie die Erschwerung des psychischen Reflexvorganges zu einer reaktiven Depression soll führen können. Ähnliche Gedankengänge werden



bei der Dementia praecox, bei den manischen und depressiven Zustandsbildern der Paralyse, der Infektionspsychosen und des Alkoholismus ausgeführt. (*Grimme.*)

Pick (176): Der Verfasser will einige Gesichtspunkte hervorholen, die noch keine genügende Beachtung oder ausführliche Erörterung gefunden haben und doch geeignet sind, unser Verständnis der sich in diesem Kriege bietenden Erscheinungen weiter, als dies bisher geschehen, zu fördern.

„Was damit beabsichtigt wird, ist der Versuch, eine Tatsache, die gerade der Krieg wieder in helles Licht gestellt hat, die Frage der Reserven des Nervensystems in Rücksicht ihrer tieferen Grundlagen zu prüfen; insbesondere nachzusehen, ob auch hinsichtlich der Detailfrage, woher die „ungeahnten, verborgenen" Kräfte stammen, und wie sie zur Wirkung kommen, die Fortschritte der normalen und pathologischen Physiologie, sowie die der Psychologie eine gleich befriedigende Deutung wie für manche andere an die Hand zu geben vermögen."

Der Verfasser, unterstützt durch eine hervorragende Kenntnis der einschlägigen Literatur, hat auf engem Raume sehr viel Wissenswertes zusammengetragen.

Placzek (180): Je weiter man liest, um so mehr gewinnt man die Überzeugung, daß hier ein Schritt weiter getan wurde in der Erkenntnis eines der schwierigsten Probleme des menschlichen Zusammenlebens. Die Allgemeinheit geht meist achtlos an solchen Problemen vorüber, bis das Gewicht eines Einzelfalles die Existenz des Problems von neuem aufzeigt.

Die Schrift ist im hohen Grade belehrend. Das über den „Wandervogel" Gesagte erregt besonderes Interesse an der nun schon in zweiter Auflage erschienenen Studie.

Placzek (181): Wie am Schlusse erwähnt, wollte der Vortragende nur einige Ideen aus dem Buche „*Placzek*, Selbstmordverdacht und Selbstmordverhütung. Leipzig, Thieme. 1915" skizzieren, in der Erwartung, dadurch das Interesse der Hörer für ein psychisches Geschehen zu erwecken, das täglich in der Selbstmordchronik uns begegnet.

Nach Besprechung verschiedener zur Erforschung des Problems dienenden Methoden gelangt *Placzek* zu der Feststellung: „Hiernach kann der Leitsatz nicht mehr lauten, daß jede oder fast jede Selbstmordtat von einem Geisteskranken begangen wird, sondern daß wohl zahlreiche Selbstmordtaten von Geisteskranken begangen werden, doch zweifellos Selbstmordtaten auch von Gesunden ausgeführt werden."

Um sich ein näheres Urteil über *Placzeks* Anschauungen zu bilden, wird man nicht umhin können, das vorerwähnte Buch zur Hand zu nehmen.

Sommer (215): „Psychische Eigenschaften", „Das körperliche Substrat der Seele und seine Vererbung", „Die ererbte seelische Konstitution", „Spezielle Anlagen", „Vererbung im Individualleben erworbener psychischer Eigenschaften" sind die Hauptabschnitte des Buches.

Hervorgegangen ist dasselbe aus einem Vortragszyklus im Hamburgischen Vorlesungsverein im Wintersemester 1914/15. Der Verfasser nennt im Vorwort die Schrift eine Skizze und fügt bei: Vielleicht liegt in diesem Mangel auch ein anregendes Moment; es ist ja ein Vorteil der Skizze, daß sie gewissermaßen eine

persönliche Unterhaltung mit dem Leser über den erst zu erschöpfenden Gegenstand einleitet.

Das trifft zu; die Schrift ist sehr geeignet, allgemein anregend zu wirken.

Der Sammlung „Aus Natur und Geisteswelt" gebührt Dank, die Schrift in die Zahl ihrer Veröffentlichungen aufgenommen zu haben.

Sommer (216): Die kleine Schrift ist in erster Linie den deutschen Studenten gewidmet, die im Heere stehen, sodann aber auch allen anderen Feldgrauen, die an psychologischen Dingen Interesse nehmen.

In 20 Kapiteln entwickelt der Verfasser in gedrängter Kürze und prächtiger Darstellung seine Anschauungen, die in ihrer scharfen Zusammenfassung für den, der sich dem Gedankengange des Verfassers anschließt, ohne Zweifel fruchtbare Gelegenheit zu weiterem Ausbau bieten.

Als Höhepunkt möchten wir die Ausführungen über den Nationalcharakter der Deutschen unter Heranziehung der Persönlichkeit Martin Luthers bezeichnen.

Stransky (229): Der Verfasser greift aus den Rückwirkungen, die der Krieg auf den psychisch-nervösen Habitus unserer Völker offenbart und ganz besonders erst in seinen Spätfolgen offenbaren wird, nur wenige Fragen heraus, und zwar solche, die in nächster Beziehung stehen zum Schema der Selektion und Reproduktion.

Den männlichen Teil der Bevölkerung anlangend, empfiehlt *Stransky* die Versetzung der moralisch Minderwertigen ins Feld, soweit sie felddiensttauglich sind.

Was die Frauen betrifft — „dem Gutdünken der Frau ist in ungleich höherem Maße die Zukunft des Menschengeschlechtes anheimgestellt als dem Ermessen des Mannes" —, so hält der Verfasser dafür und will es unterstrichen haben, daß die rechtzeitige pädagogische Zurechtzügelung der Psyche, vor allen des Weibes, von Jugend auf im Sinne stärkerer Zurückdrängung individualistisch-exzentrischer Tendenzen und desto energischerer Züchtung sozialen Pflichtgefühls und Pflichtbewußtseins nottut. *Stransky* ist für eine obligatorische Frauendienstpflicht.

Stransky (230): Die Betrachtung *Stranskys* geht im allgemeinen parallel mit der *Hoches*. Der Aufbau ist im einzelnen verändert, aber von nicht geringerem Interesse.

An der Hand der Feldzugschronologie will *Stransky* auf eine Reihe Grundprobleme psychologischer Natur eingehen, deren Eigenart nahe Grenzbeziehungen zur Psychopathologie bedingt, und möchte ganz insbesondere an der Hand derselben einige Schlußfolgerungen zur Diskussion stellen, die sich daraus für die Psychiatrie, vielleicht aber darüber hinaus für das Völkerleben überhaupt ergeben.

Die Ausführungen gipfeln in dem Ausspruche, daß aus dem Erörterten sich eine glänzende Bestätigung des Satzes von dem gesunderen Nervensystem und der gesunderen Psyche des Großteils der Bevölkerung Mitteleuropas ergibt.

Durch den Weltkrieg ist der Völkerpsychologie neues Material in einem zurzeit kaum zu übersehenden Umfange zugeführt. Die kleine Schrift *Stranskys* wird dabei nicht außer Betracht bleiben dürfen.

Stransky (231): Für die bei Psychosen verschiedener Art zu beobachtende Erscheinung, daß der Kranke nicht so sehr sich selbst als viemehr andere Personen



seines Gesichtskreises für geistesgestört hält — Transitivismus —, trifft *Stransky* vornehmlich drei Unterscheidungen. Den Transitivismus, der sich auf vornehmlich ideogener Grundlage aufbaut, nennt er assoziativen oder noopsychischen Transitivismus. Sodann spricht *Stransky* von thymopsychischem Transitivismus, dessen Elemente des Aufbaus in der Hauptsache affektiver Natur sind, und geht dann über zum charakterogenen Transitivismus, welcher seinen Ursprung im habituell abnormen Gesamtcharakter hat.

Die Ausführungen sind für die Wertung der einschlägigen Krankheitserscheinungen entschieden von Belang und gewinnen an Interesse durch die Feststellung des „politischen Transitivismus" bei den Siegen der Mitteleuropäer im Weltkriege.

Stuchlik, Jar. (234): Autor erörtert, daß bei der unendlichen Kompliziertheit der biologischen Prozesse im Organismus und bei unserer Unkenntnis der physiologischen Gesetze man nur auf Grund zahlreicher Experimente mit niederen Organismen sich im allgemeinen so äußern kann, daß jede solche Veränderung des biochemischen Gleichgewichtes, die eine Konstitutionsveränderung des genetischen Plasma verursacht, als vererbbar anzunehmen ist. Die natürliche Resistenz des Organismus und das Gesamtspiel vieler anderer Prozesse sind wohl der beste Schutz gegen die Vererbung erworbener Eigenschaften. Die neuere Physiologie gibt neben der Pathophysiologie verschiedener Psychosen dafür Beweise. (*Jar. Stuchlik.*)

Weygandt (273): *Weygandts* Arbeit kann als ein Mahnwort an die Irrenärzte aufgefaßt werden, sich immer mehr mit der praktischen Betätigung auf den Grenzgebieten der geistigen Gesundheit und geistigen Krankheit zu befassen und überall dort Einsicht zu gewinnen versuchen, wo diese Grenzgebiete im sozialen Leben irgendeine Regelung oder ein Eingreifen wünschenswert erscheinen lassen, um auf diesem Wege an dem Aufbau des neuen Deutschlands mitzuhelfen. Notwendig ist eine beträchtliche Erweiterung des psychiatrischen Studiums auf der Universität. (*Grimme.*)

2. Pathologie.

Arsimoles et *Legrand* (11): Frau von 66 Jahren, an Dementia praecox leidend. Infolge einer geringen Ursache Bruch des rechten Oberarmes und des linken Oberschenkels. Zunächst schien es sich um eine bei dementen Geisteskranken öfters vorkommende Spontanfraktur infolge Rarefikation des Knochens zu handeln, bis die später erfolgte Sektion Krebsmetastasen ergab, die von einem Mammakarzinom ausgegangen waren. (*Ganter.*)

Bickel (23): Der Inhalt der *Bickel*schen Einzelschrift ergibt sich aus dem Titel; es sind äußerst eingehende Untersuchungen über die die Bewußtseinsvorgänge begleitenden vasomotorischen Erscheinungen, in erster Linie über den Einfluß psychischer Vorgänge affektiver, intellektueller und sensorieller Art auf den allgemeinen Blutdruck und das Blutvolumen. Die Untersuchungen erstrecken sich auf normale und krankhaft veränderte psychische Zustände. Von psychischen Krankheiten sind Intoxikationszustände, namentlich der Alkoholismus, das manisch-depressive Irresein, die Dementia paralytica, die Dementia praecox mit ihren drei

Unterformen, die Neurasthenie und Hysterie, die Epilepsie und die Imbezillität untersucht. Die Untersuchungen sind sehr eingehende; dabei werden nicht nur die Tatsachen wiedergegeben, sondern der Verfasser ist bemüht, Erklärungen zu geben und die Zusammenhänge zwischen seinen Ergebnissen und den psychischen Vorgängen aufzudecken. Von besonderer Wichtigkeit sind die Ergebnisse bei den psychischen Störungen, deren Symptomatologie durch sie vielfach erweitert wird. Auf Einzelheiten kann bei einem kurzen Referat leider nicht eingegangen werden. Zahlreiche Abbildungen von Kurven veranschaulichen die Befunde. Da *Bickel* auch recht eingehend die für diese Untersuchungen zu verwendenden Apparate beschreibt und die Methoden selbst schildert, so kann man seiner Schrift geradezu den Wert eines Handbuches zuerkennen. (*Grimme.*)

Böhme (32, 33): Verfasser hat die Reflexverhältnisse des menschlichen Rückenmarks an über 200 klinischen Fällen einer eingehenden Untersuchung unterzogen. In den Fällen handelte es sich um eine mehr oder weniger vollständige Leitungsunterbrechung des Rückenmarks, teilweise auch um Zerstörungen der Hirnsubstanz (zerebrale Kinderlähmung, Hirnblutung). Untersucht wurden die Beuge-, Streck- und gekreuzten Reflexe, Rückschlagszuckung, Reflexumkehr, die Schaltungsphänomene usw. sowohl an den Beinen wie auch an den Armen. Verfasser zieht einen Vergleich seiner Ergebnisse mit denen der Tierversuche (vor allem beim Hund) und kommt zu dem Schlusse, daß auch das Rückenmark des Menschen viel mehr selbständige Zentren aufweist, als man bisher geglaubt hat. So sind die für den Gehalt wichtigen spinalen Reflexe beim Menschen fast in der gleichen Weise nachweisbar wie beim höheren Säugetiere. Dagegen ist das Verhalten der Übereinstimmung der Armreflexe beim Menschen mit den Reflexen der Vorderbeine beim Tiere nicht so weitgehend, weil die Funktion der Arme eine andere ist (Greiforgan gegenüber Bewegungsorgan). (*Ganter.*)

Bonne (36): Schildernng der verschiedenen Stimmungsfärbungen in den einzelnen Lazaretten. Zur Hervorrufung einer kopfhängerischen, depressiven Verstimmung und der Willenserschlaffung trägt sehr die eigentlich verbotene Bekanntgabe der Diagnose bei; ferner das Fehlen eines militärischen Tones, allzu reichliche Eiweißkost und das Fehlen einer Beschäftigung. (*Grimme*-Hildesheim.)

Brown (43): Verfasser bespricht die Symptomatologie des infektiösen Irreseins. Er unterscheidet drei Hauptgruppen von Symptomen, nämlich die auf organischer Basis beruhenden, die Störungen des Affektlebens und die psychogen entstandenen Symptome. Viele zeigen eine Ähnlichkeit mit den Symptomen der Dementia praecox. (*Ganter.*)

Brückner (44): Besprechung einer größeren Zahl von nervösen und psychischen Krankheitsfällen, die beim Feldheer beobachtet sind. Recht eingehend werden konstitutionelle Erschöpfungszustände geschildert, deren Hauptsymptome Herzbeschwerden sind und die von anderer Seite als „ängstlich-depressive" oder als „Herzneurose" beschrieben sind. Hiervon zu unterscheiden ist die Erschöpfungsneurose, bei der ebenfalls Herzbeschwerden eine Rolle spielen. Weiter lenkt *B.* die Aufmerksamkeit auf den Senkfuß, der bei Neurasthenikern eine große Rolle spielen und zu den Diagnosen Rheumatismus und Ischias Veranlassung geben soll.



Bei der Beurteilung der Felddienstfähigkeit der Hysterischen kommt es darauf an, ob eine konstitutionelle Grundlage besteht oder nicht. Wenn nicht, dann kann die Felddienstfähigkeit bejaht werden. Bei der traumatischen Neurose schließt sich *B.* der Anschauung *Oppenheims* nicht an. Bei der Epilepsie hält er eine Auslösung durch den Heeresdienst für zweifelhaft; bei der Dementia praecox wird sie abgelehnt. (*Grimme*-Hildesheim.)

Düring (54): Ausführliche Untersuchungen über den Nachweis fermentativer Prozesse im Zentralnervensystem mittels der Naphtholmethode und der Kontrastfärbung mit Methylenblau in Gefrierschnitten und nach Formolfixierung. Als Sitz der fermentativen Prozesse sind die Zellgranula anzusehen, die durch die Methode dargestellt werden. Als Unterlage für die Untersuchungen diente Sektionsmaterial, das den verschiedensten Krankheitszuständen entstammte. Die Untersuchungen zeigen, daß die Oxydasereaktion berufen ist, die übrigen histologischen Untersuchungsmethoden sehr zu ergänzen und Veränderungen nachzuweisen, die anderen Methoden nicht zugänglich sind. Einzelheiten müssen im Original nachgesehen werden. (*Grimme*-Hildesheim.)

Enebuske (55): Unter vasomotorischer Unruhe bei Geisteskranken werden die bei den einzelnen Psychosen von *E.* festgestellten Blutdruckschwankungen verstanden. Die Schwankungen des Blutdruckes spiegeln in gewissem Grade die Schwankungen des Symptombildes wider und gewähren in manchen Fällen Fingerzeige bei der Beurteilung der Prognose. Beim manisch-depressiven Irresein findet sich eine Steigerung des Spannungszustandes in der Radialarterie. Bei Besserung des Zustandes stellt sich wieder normaler Blutdruck ein. Bei Verschlimmerung steigt auch der Blutdruck wieder an. Bei manischen Fällen besteht eine etwas höhere Blutdrucklage als bei depressiven in gleichem Alter. Auch bei Männern ist sie höher als bei Frauen. Bei der Dementia praecox besteht eine fortgesetzte vasomotorische Unruhe in erhöhter, herabgesetzter oder in mittlerer Blutdrucklage. Das Blutdruckbild bei der Dementia praecox zeigt zahlreichere Verschiedenheiten als bei dem manisch-depressiven Irresein. Der Blutdruck ist hochgradig schwankend. Im Gegensatz zum manisch-depressiven Irresein besteht bei der Dementia praecox die vasomotorische Unruhe auch in der Remission fort. In Stuporfällen bestand ein auffallend niedriger Blutdruck; doch kommt auch erhöhter Druck vor. (*Grimme.*)

Friedländer (64) kommt zu dem Ergebnis, daß Morphium-Skopolamin das wirksamste und relativ ungefährlichste Mittel zur raschen Kupierung schwerer Erregungs- und Angstzustände ist. Trivalin und Trivalin-Hyoszin sind unzuverlässig. (*Grimme.*)

Hoffmann (91): Ausführliche Beschreibung von Krankheitsfällen, deren Symptome bestehen in: spastischer Lähmung der unteren, spastischer Parese der oberen Extremität, athetotischen Bewegungen, Ataxie, Sprachstörung, Schluckstörung, Nystagmus, Hypoglossuslähmung, Atrophie der kleinen Handmuskeln und Abnahme der Intelligenz. Vorkommen dieser Erkrankung bereits in der vierten Generation einer Familie. (*Grimme.*)

Jolly (103): Der 36 Jahre alte Arbeiter begann vor 6 Jahren im Anschluß



an eine starke Gewichtszunahme, die auf eine länger dauernde, durch Wachen bedingte Zeit der Erschöpfung gefolgt war, die Zeichen der Narkolepsie zu bieten: Wo er ging, stand oder arbeitete, schlief er ein. Begünstigt wurde der Schlaf durch Wärme und körperliche Arbeit. Auch sonst bestand dauerndes Müdigkeitsgefühl. Die Röntgenaufnahme des Schädels ergab eine starke Abflachung der Sella turcica mit Verbindung der Processus clinoidei posteriores nach hinten, so daß vielleicht Veränderungen der Hypophyse vorliegen. (*Ganter.*)

J. D. Karplus (105): Beobachtungen über Störungen der Schweißsekretion bei Verwundungen des Nervensystems. Bei Verletzungen peripherer Nerven ist die Sensibilitätsstörung maßgebend für die Schweißstörung. Bei vollkommener Aufhebung der Sensibilität bestand auch Aufhebung der Schweißsekretion. Bei Verletzung des Halssympathikus war die Störung der Schweißsekretion abhängig von der Schwere der Verletzung. Bei leichterer Verletzung trat bald eine Verminderung, bald eine Vermehrung der Schweißsekretion auf; bei schwerer Verletzung war dagegen die Schweißsekretion sehr stark herabgesetzt oder vollkommen aufgehoben. Es ist dies das gleiche Verhalten, wie es bei den peripheren Nerven beobachtet wird. Ebenso fand sich diese Erscheinung bei Verletzungen des Lumbosakralmarkes und der Cauda equina. Bei Verletzungen des Dorsalmarkes und nachfolgender leichter spastischer Lähmung der Beine fand *K.* wiederholt eine deutliche Vermehrung der Schweißsekretion an den Beinen und der unteren Rumpfhälfte. Im allgemeinen gilt für das Rückenmark, daß jede Seite vorwiegend die Schweißimpulse ihrer Seite leitet. Es ist sowohl Leitungsorgan wie Zentralorgan mit segmentaler Gliederung für die Schweißsekretion. Bei Verletzungen des Großhirns fand *K.* eine leichte Vermehrung der Schweißsekretion auf der Lähmungsseite. Es ist dies der Ausfluß einer allgemeinen Schädigung der Hemisphären. (*Grimme*-Hildesheim.)

J. D. Karplus (106): Genauere Ausführung seines Vortrages über die Störungen der Schweißsekretion bei Verwundungen des Nervensystems. (*Grimme*-Hildesheim.)

Kleist (109): *Kleist* hat im Laufe der letzten 4½ Jahre vor dem Kriege eine Reihe von Geistesstörungen beobachtet, die in der chirurgischen und in der Frauenklinik nach größeren Operationen zum Ausbruch kamen und unter Benommenheit mit krampfhaften Bewegungen, deliranten Zuständen, ängstlich ratlosen Erregungen oder unter einem Stuporzustand oder einem paranoiden Zustande verliefen. Gemeinsam waren Störung der zeitlichen und örtlichen Orientierung, Herabsetzung der Denk- und Merkfähigkeit und Amnesien. *Kleist* sieht in ihnen psychische Geschehnisse, die dem normalen Seelenleben im Aufbau und Ablauf fremdartig gegenüberstehen, und die er deshalb ebenso wie die Halluzinose und Defektzustände als „heteronome" Symptomenkomplexe den „homonomen", „nachfühlbaren" Zustandsbildern der Manie, der Melancholie, der Paranoia, der reizbaren Verstimmung gegenüberstellt. Sie können den exogenen Reaktionstypen *Bonhöffers* gleichgesetzt werden; doch bestehen keine eindeutigen und ausschließlichen Beziehungen zwischen endogenen und exogenen, hirnfremden und hirnverwandten Ursachen einerseits und den psychischen Geschehnissen andererseits. Die Ursache der postoperativen



Psychose schuldigt *Kleist* neben der Veranlagung in erster Linie der Erschöpfung an und kennzeichnet die Erschöpfung weiter als einen Vergiftungsprozeß. Die Dauer der Erkrankung schwankte zwischen Stunden und Monaten. Der Ausgang war Heilung oder Tod. (*Grimme.*)

Lind (125): In der staatlichen Irrenanstalt zu Washington waren seit dem Bestehen bis zum 1. August 1914 21 350 Fälle aufgenommen worden, worunter 2031 wiederholte Aufnahmen. Unter diesem Material fand Verfasser 41 Fälle von kombinierten Psychosen. (*Ganter.*)

Marcuse (135): Unter Hinweis auf eigene frühere Arbeiten beschreibt *Marcuse* ein Krankheitsbild, das er bei Männern im Alter von 40—50 Jahren beobachtet hat, das verheiratete und unverheiratete betraf, in einigen Fällen mit Arteriosklerose zusammen bestand und jedesmal eine krankhafte Veränderung der Prostata aufwies, und zwar war diese bald atonisch, bald verhärtet. Die Beschwerden begannen teilweise mit einer Veränderung der sexuellen Empfindungen, mit sadistischen, fetischistischen, homosexuellen Neigungen. Größtenteils kam es zu einer plötzlichen, zum Teil auch zu einer allmählichen Abnahme der Geschlechtskraft und des Geschlechtstriebes, bei anderen Personen dagegen zu einer beträchtlichen Steigerung der Libido. Zu den weiteren Erscheinungen gehören Anomalien beim Ablauf der Kohabitationen, abnorme Ausflüsse wie Urethrorrhöen, Prostatarrhöen, Spermatorrhöen, periodische Schmerzen in den Hoden, Harnbeschwerden, nächtliches Einnässen, trüber Urin. Es bestand ein Mißverhältnis zwischen dem Aussehen der Patienten und dem tatsächlichen Alter, insofern sie teils erheblich älter, aber auch sehr viel jünger aussahen. Alle Patienten zeigten eine gewisse Wohlbeleibtheit und klagten über Verstopfung. Die Zunahme des Gewichts fand erst in Beginn der Erkrankung statt. Die Beschwerden gingen nach einiger Zeit wieder vorüber. Organotherapie (Testikulin, Testogan, Hornin) schien guten Erfolg gehabt zu haben. (*Grimme.*)

E. Meyer (138) beschreibt eine bei drei weiblichen Mitgliedern einer Familie aufgetretene Psychose, die unter dem Bilde einer traumhaften Bewußtseinstrübung mit zahlreichen, außerordentlich lebhaften Sinnestäuschungen auf allen Gebieten, mit vielfachen illusionären Ausdeutungen und Wahnideen, starker Angst und Erregung verlief, und die unter dem Einfluß der Flucht vor den Russen ausgebrochen war. Als Ursache wird eine psychogene Bedingtheit abgelehnt und eine körperliche und geistige Erschöpfung angenommen. (*Grimme.*)

Moravcsik (150): Ausführliche Besprechung der durch den Krieg verursachten psychischen Störungen. (*Grimme*-Hildesheim.)

Mörchen (151) versucht in der Frage über das Wesen der nervösen Kriegsschädigungen einen vermittelnden Standpunkt zwischen der Anschauung *Oppenheims*, daß organische Veränderungen diesen Schädigungen zugrunde liegen, und der anderen Anschauung, daß sie rein psychogen zu erklären sind, herzustellen. Wenn auch pathologisch-anatomische Feststellungen nicht gemacht werden könnten, so sei es doch möglich, daß feinste organische Veränderungen in der Struktur oder abnorme Vorgänge in der Biologie und im physiologischen Chemismus der nervösen



Elemente vorliegen, die durch psychische Vorgänge günstig oder ungünstig beeinflußt werden könnten. „Es muß zwischen dem grob Organischen und dem zweifellos rein Psychogenen im Nervensystem noch eine uns ihrem Wesen nach unbekannte Störung geben, die zwar nicht im gewöhnlichen Sinne organisch, aber auch nicht bloß „virtuell", eine Projektion psychogenen Geschehens, sondern doch etwas materiell Wirksames ist." (*Grimme*-Hildesheim.)

Newcomb (158): Verfasser bringt die Krankengeschichten von drei Paar Zwillingen. Bei zwei Paaren handelte es sich um Dementia praecox, beim dritten Paar um manisches Irresein. In allen Fällen lag Erblichkeit vor, die nach Verfasser auch das Wesentliche an dem Zwillingsirresein ist, während die gegenseitige Beeinflussung durch das Zusammenleben erst in zweiter Linie kommt. (*Ganter.*)

Myerson (161) stellte bei Gesunden, Nerven- und Geisteskranken Untersuchungen über den Adduktorenreflex an. Er findet sich gelegentlich homo- und kontralateral bei Gesunden angedeutet. Ermüdung schwächt oder hebt ihn auf. Das kontralaterale Auftreten des Reflexes, besonders wenn er von der Patellarsehne, dem äußeren Kondylus, der Spina ant.-sup. oder von der Achillessehne aus hervorgerufen wird, ist meist das Zeichen einer organischen Erkrankung. Eine Steigerung der Adduktorenreflexe tritt dann ein, wenn der Einfluß des Großhirns wegfällt. (*Ganter.*)

Perkins (170): Die Verfasserin untersuchte die Beziehungen der Frauenkrankheiten zu den geistigen Störungen. Von 478 in das Hospital aufgenommenen und untersuchten weiblichen Kranken wurden bei 310 Erkrankungen der Beckenorgane festgestellt. Der geistigen Störung nach gehörten von den Untersuchten zum manisch-depressiven Irresein und zu den depressiven Störungen 136 Fälle, zur Dementia praecox 144 Fälle. Von der Gruppe der manisch-depressiven Fälle wiesen 78 %, von der Dementia praecox-Gruppe 58 % Erkrankungen der Beckenorgane auf. Die Verfasserin ist der Ansicht, daß diese Erkrankungen nur einen Faktor abgeben unter den Ursachen der Psychose. Die Operation hatte am meisten einen bessernden Einfluß bei dem manisch-depressiven Irresein, auch bei der Epilepsie; sie ist ohne Wirkung bei der Dementia praecox. Die Verfasserin warnt vor einem kritiklosen Operieren bei hysterischen Frauen, auch vor verstümmelnden Operationen im Gebäralter. Nicht so ängstlich braucht man bei Imbezillen zu sein, besonders wenn sie an Syphilis leiden und nicht aufhören, elende Kinder in die Welt zu setzen. (*Ganter.*)

Pelnář (171) teilt zuerst einen Fall mit, bei welchem es überhaupt nicht zum Erlernen des Lesens und Schreibens gekommen ist. Die Patientin kann nur Buchstaben lesen, sie abzeichnen (aber nicht schreiben), spricht schwer auch Worte aus. Es handelt sich um eine Störung der perzeptiven und expressiven meristischen Funktion, die von Geburt an dauert, also ein Beweis dafür, daß die meristische Funktion auch ihre Selbständigkeit, was die Entwicklung betrifft, besitzt. — Ferner einen Fall von allgemeiner Amerisia, die sich plötzlich eingestellt hat bei vollständig ungestörter anderen Funktionen (keine Lähmungen). Die Störung sitzt nach dem *Heveroch*schen Schema in f_2. — Zuletzt analysiert Verfasser die psychologische Klassifikation des Lesens und Schreibens und betont die Bedeutung von Auto



matismen dabei. Den Übergang zum Automatism betrachtet er als Überwinden der meristischen Funktion. (*Jar. Stuchlik.*)

Pick (175) bespricht die Einteilung der verschiedenen Formen des Hermaphroditismus. Er weist nach, daß es auch beim Menschen einen wahren germinalen Hermaphroditismus gibt, d. h. daß beide Geschlechtsdrüsen die spezifischen Geschlechtszellen enthalten. Des weiteren beschreibt er eine auffällige Geschwulstbildung des Eierstocks in einem Fall von Hermaphroditismus verus. Der Tumor erwies sich als ein testikuläres, tubuläres Adenom, das aus einem kleinen Hodenkanälcheneinsprengsel in dem Eierstock hervorgegangen war. (*Ganter.*)

v. Sarbo (196) berichtet über die von ihm angegebene Methode der Pupillenprüfung, nach der er den Kopf nach hinten beugen und die Lider fest zukneifen und nach Öffnen der Augen den Kranken nach der Zimmerdecke sehen läßt. Hierbei erweitern sich lichtstarre Pupillen. Es wird dies dadurch bewirkt, daß infolge des Zukneifens der Lider die Pupillen in Konvergenz und Akkommodationsverengung geraten, beim Wiederöffnen der Lider aber und beim Einstellen in die Weite diese Folgen der Konvergenz und Akkommodation wieder fortfallen. (*Grimme.*)

Schmidt (202): Klinische Schilderung des Krankheitsbildes der Arteriosklerose. Doch wird dieser Ausdruck vermieden und die Bezeichnung „essentieller Hochdruck" für zweckmäßiger gehalten, wobei Voraussetzung ist, daß der Krankheitsprozeß nicht in einer Nephritis wurzelt. Der anatomische Prozeß und die klinische Bezeichnung decken sich nicht. In bezug auf den Blutdruck wird eine Erhöhung auf 190 mm Quecksilber nach Riva-Rocca zugrunde gelegt. Der essentielle Hochdruck ist keine Alterserscheinung, gehört aber vor dem 40. Lebensjahre zu den Seltenheiten. Über das Verhältnis zur chronischen Nephritis sagt *Schmidt*, daß eine Vermehrung der Eiweißausscheidung selten ist und sich meistens nur spurweise findet. Auch Zylindurie ist selten. Eine ausgesprochene Aldehydreaktion spricht mehr für essentiellen Hochdruck als für eine chronische Nephritis. Bei 10 % seiner Fälle fand *Schmidt* Glykosurie. Auffallend rasch werden Harnsäure und Oxalsedimente ausgeschieden. In der Ätiologie hat man nicht auf eine Ursache zurückzugehen, sondern muß einen Komplex von Bedingungen annehmen. Von den exogenen Ursachen spielt der Nikotinmißbrauch eine große Rolle. Wichtiger sind endogene Bedingungen. Die Menschen mit „essentiellem Hochdruck" haben vielfach einen sthenischen Typus, sind von robuster Konstitution, haben ein jüngeres Aussehen. Mehrfach finden sich anatomische Bildungsfehler und Entartungszeichen, ferner auf psychischem Gebiete Anzeichen einer abnormen nervösen Erregbarkeit. Beachtung verdient das häufige Syndrom „Neuropathie und Dyskrasie" und Neigung zu geringer Schweißsekretion. An der Haut bestehen kleine Angiome, Naevi und gestielte Fibrome. Kopfschmerzen werden im Gegensatz zur Nephritis vermißt. Die Sehnenreflexe an den Beinen sind schwach. Arthritische Beschwerden sind häufiger. In den jüngeren Jahren soll Neigung zu Epistaxis bestehen. Die Rolle des Potus wird nicht hoch eingeschätzt, ebenso nicht die der Lues, noch geringer die der infektiösen Schädigungen. Die therapeutischen Maßnahmen ergeben sich aus dem Studium des Bedingungskomplexes, der dem einzelnen Falle zugrunde liegt. (*Grimme.*)



Siebert (209): Genaue Analyse von 19 verschiedenen neurologischen Fällen, in denen die Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten schwanden, aber zum Teil bei Besserung des Zustandes wieder auftraten. Die ätiologischen Faktoren beim Zustandekommen der Störungen am zentralen und peripheren Nervensystem waren die denkbar verschiedensten. (*Grimme*-Hildesheim.)

Stern (223): Der *Piotrowski*-Reflex besteht in einer kräftigen Plantarflexion des Fußes beim Beklopfen des Muscul. tibialis anterior infolge Kontraktion des Muscul. gastroenemius. Er ist pathognomisch für organische Erkrankungen des Zentralnervensystems mit spastischen Erscheinungen. (*Grimme.*)

Stiller (225): Kurz gefaßte, aber doch äußerst ausführliche Darstellung des vom Verfasser im Laufe der Jahre immer mehr und deutlicher herausgehobenen Krankheitsbildes der Asthenie. Auf die Einzelheiten des Werkes kann nicht eingegangen werden. Es muß der Hinweis genügen, daß *Stillers* Weise, das Krankheitsbild darzustellen, eine äußerst anschauliche ist, und daß mancher unerklärliche Krankheitszustand durch die Zurückführung auf die asthenische Konstitution erst dem Verständnis näher gerückt wird. Besonders besprochen wird die Konstitution und Habitus; die Splanchnoptose; die Dyspepsie; die Neurasthenie, die er in einen gewissen Gegensatz zu der zerebralen bringt; die Ernährungsstörungen. Ferner die Beziehungen der Asthenie zu der Lungentuberkulose, der Chlorose, der arthotischen Albuminurie und dem peptischen Geschwür. Das Buch eignet sich gut als Leitfaden für den Praktiker. (*Grimme.*)

Talman (240, a, b) stellte nach seinen Untersuchungen mit dem Dynamometer fest, daß bei funktionellen nervösen Krankheiten öfters eine größere Kraft der linken Hand zu finden war, wogegen nach Heilung der Krankheit die rechte wieder das normale Übergewicht gewann. Dieselbe Erscheinung trat auch bei gesunden Personen zutage nach Ermüdung. Bei den meisten Personen ist abends die Kraft der linken Hand größer als die der rechten, was nicht auf einer Abnahme der Kraft der rechten, sondern auf einer Zunahme der Kraft der linken Hand beruht. Diese auf der Höhe der Ermüdung sich zeigende Zunahme der Kraft der linken Hand erklärt Verfasser damit, daß die von der rechten Hemisphäre ausgehende Hemmung wegfällt. Der eigentliche Ursprung der Hemmung ist aber in die linke Hemisphäre zu verlegen, weil diese Hemisphäre an sich schon ein Übergewicht über die rechte hat.

Was Kraft und Geschicklichkeit betrifft, ist die allgemeine Ansicht die, daß bei den meisten Rechtshändern die rechte Hand ein Überwiegen nicht nur der Geschicklichkeit, sondern auch der Kraft noch zeigt. Die Untersuchungen des Verfassers haben aber ergeben, daß eine große Anzahl von Personen, die rechtshändig sind, in der linken Hand eine größere Kraft entwickelten. Diese Erscheinung erklärt Verf. phylogenetisch so: Beim Übergang zum aufrechten Gang wurde zunächst die rechte Vorderextremität für feinere Arbeiten frei (Greiforgan), während die linke noch für die Fortbewegung und für schwerere Leistungen gebraucht wurde. Bei der Weiterentwicklung blieb die linke Vorderextremität die kräftigere, die rechte die geschicktere. (*Ganter.*)

Walter (260): Unter 228 Verwundeten fand *W.* bei 7,4 % und bei 45 internen Fällen bei 6,6 % eine Differenz der Pupillen. Lues wurde ausgeschlossen. Ein Zu-



sammenhang zwischen Verletzung und Pupillendifferenz bestand nicht. Die stärkere Pupillenweite betraf dauernd das gleiche Auge. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle schwand die morgens bestehende Pupillenungleichheit im Laufe des Tages, um abends wieder aufzutreten. (*Grimme.*)

Weichbrodt (263): Die Psychosen nach Erysipel treten nach jeder Art Erysipel und zu den verschiedensten Zeiten der Erkrankung auf. Die Dauer schwankt von mehreren Tagen bis zu mehreren Wochen. Der Ausgang ist ein günstiger. Symptomologisch bestanden bald ein manischer, balde in depressiver Zustand, Verfolgungs- und Versündigungsideen, Nahrungsverweigerung, Gehörs- und Gesichtstäuschungen, in anderen Fällen ausgesprochene Größenideen, so daß zunächst an Paralyse gedacht wurde. (*Grimme.*)

Zangger (280) bespricht die Wirkung der bei der Explosion entstandenen giftigen Gase und die Wirkung des Schreckens, das Verhalten der selbständigen, die Überlegung behaltenden und der hilflosen, unselbständigen Menschen. Die bei der Katastrophe nach dieser Richtung hin gemachten Erfahrungen sind wichtig für die anzulegenden Sicherheitsvorrichtungen und die Belehrungen, die in gefährlichen Betrieben den Arbeitern zuteil werden sollten. In jenen alten Fabrikgebäuden hat es an allem gefehlt. (*Ganter.*)

3. Therapie.

Wernecke (270): Das Mittel wurde dem Verfasser vor längerer Zeit von den Höchster Farbwerken zur Prüfung übergeben. Auf Grund einjähriger Erfahrung stellt der Verfasser dieses neue Mittel dem Hypnotikum, das bis jetzt wohl immer noch als das beste gegolten hat, Veronalnatrium, als mindestens gleichwertig, wenn nicht überlegen, an die Seite.

Bezüglich der Zusammensetzung des Mittels und seiner Anwendung muß auf die Schrift selbst verwiesen werden: „Das Phenyläthylhydantoin" — so schließt der Verfasser — „stellt eine sehr wertvolle Bereicherung des Schlafmittelschatzes dar. Ohne Nebenwirkungen zu haben und Schaden zu verursachen, war es in geeigneten Dosen von 0,25 bis 1,0 g als Schlafmittel in der Lage, sichere Beruhigung und ruhigen Schlaf zu erzeugen. Als Sedativum in der Psychiatrie tags in der Menge von 0,5 bis 1,0 g gegeben, übertraf es besonders bei sehr unruhigen Kranken die bisher bekannten Mittel. Es muß als eines der besten Mittel auf diesem Gebiete bezeichnet werden."

Piotrowski (179) beurteilt das Phenyläthylhydantoin ebenso günstig wie *Wernecke.* Bezüglich des näheren muß auch hier auf die kleine Broschüre selbst verwiesen werden.

A. Ulrich (252) hat auf Grund der bisher bekannten Wirkungen des Broms versucht, Depressionszustände mittels Brom zu beeinflussen, und gefunden, daß bei Melancholischen ein Umschwung der Stimmung durch Erzeugung des Bromrausches erzielt werden konnte. Es trat eine eigenartige Euphorie mit Ideenflucht ein. Der Bromrausch wird durch Brom, das in der Form von Sedobroltabletten gereicht wird, und gleichzeitige Verminderung des Kochsalzes in der Nahrung



zeugt. Die Zeitdauer der Bromzufuhr ist eine verschiedene und richtet sich nach m Kräftzustande und dem Alter des Kranken. Ist der Bromrausch ausgebildet, rd mit der bromzufuhr langsam aufgehört. Ein schnelles Abbrechen der Bromfuhr ist gefahrvoll. Der Bromrausch an und für sich ist nicht zu fürchten. Einzelne rankengeschichten belegen diese Versuche. (*Grimme*-Hildesheim.)

---

7. Idiotie, Imbezillität, Psychopathie.

Ref.: F. Schob-Dresden.

1. *Anton*, Kindlicher Riesenwuchs mit vorzeitiger Geschlechtsreife und familiärer Riesenwuchs mit und ohne Vergrößerung des Türkensattels. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39. (S. 172*.)
2. *Anton*, Stauungspapille bei Turmschädel. Bemerkungen zu den verschiedenen Arten der Hirnhöhlenerweiterung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39. (S. 172*.)
3. *Basinger*, The control of experimental cretinism. Arch. of intern. med. vol. 17.
4. *Benders*, Zwei Fälle familiärer amaurotischer Demenz. (Typus *Spielmeyer-Vogt.*) Psych. en neurol. Bladen vol. 20. (S. 175*.)
5. *Bielschowski*, Über juvenile Paralyse und ihre Beziehungen zu den endogenen Heredodegenerationen des Nervensystems. Journ. f. Psych. u. Neurol. Bd. 22. (S. 176*.)
6. *Brouwer*, Klinisch-anatomische Untersuchung über partielle Anenzephalie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 32. (S. 170*.)
7. *Bryce*, Tuberculosis in relation to feeble-mindedness. New York med. journ.
8. *van Deventer*, Beitrag zur Entwicklung der Idioten- und Schwachsinnigenpflege in den Niederlanden. Psych. en neurol. Bladen vol. 20.
9. *Flusser*, Über Mongolismus. D. med. Wschr.
10. *Goddard*, Syphilis in parents as cause of feeble-mindedness in children. New York state med. journ.
11. *v. Grabe*, Über Fürsorgezöglinge und Erfolge der Fürsorgeerziehung. *H. Groß'* Archiv Bd. 60.
12. *Henze*, Sind die intellektuell minderwertigen Kinder auch moralisch minderwertig? Die Hilfsschule Bd. 9. (S. 178*.)



13. *Herfort*, Über die eugenische Bedeutung des Schwachsinns.
v. neuropsychopat. (tschechisch) Bd. 12.

14. *Heuer*, Untersuchungen und Erfahrungen an einem Kleinköp
Die Hilfsschule Bd. 9. (S. 177*.)

15. *Heuer*, Beiträge zur Beeinflußbarkeit der Hilfsschüler. Die H
schule Bd. 9. (S. 177*.)

16. *Hoag*, A case of complete cretinism with normal mentality.
of ped. vol. 33. (Ref. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. P
Ref. 13.)

17. *Hoffmann*, Beitrag zur Lehre von den hereditären und fami
Hirn- und Rückenmarkserkrankungen. Inaug.-Diss.
Ref. Neurol. Zentralbl., 36. Jahrg., Nr. 5. (S. 175*.)

18. *Hulshoff-Pol*, Een geval van mikrocephalie bij een Javaan.
en psych. Blaaden.

19. *Jolowitz*, Die *Wassermann*sche Reaktion bei Angehörigen
Luetikern, insbesondere Paralytikern. Neurol. Zent
35. Jahrg. (S. 176*.)

20. *Jonscher*, Ein Fall von *Tay-Sachs*scher Krankheit bei einem c
lichen Kinde. Medycyna vol. 33. (S. 175*.)

21. *Kirmße*, Ein Fall von familiärem Kretinismus aus dem 18.
hundert. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. des jugendl
Schwachsinns Bd. 8.

22. *Kirmße*, Eine Preisschrift über „den kranken Verstand des Ki
im Jahre 1785. Eos Bd. 12.

23. *Krabbe*, A new famil. infant. form of diffuse brain-sclerosis.
vol. 39. Ref. Jahresber. über die Neurol. u. Psych.
(S. 175*.)

24. *Kuhlmann*, Eine zyklopische Mißbildung. Inaug.-Diss. Mün

25. *Lehm: Itard*, *Séguin*, *Montessori* und die deutsche Hilfss
Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. des jugendlichen Schw
sinns Bd. 8.

26. *Lobsien*, Experimentelle praktische Schülerkunde. Mit e
Beitrag über das pathologische Kind von *Mönkem*
Leipzig-Berlin. B. G. Teubner.

27. *Paulsen*, Die persistierende Lanugo als Zeichen konstitution
Minderwertigkeit. Berl. klin. Wschr. 1916.

28. *Pfeifer*, Über den feineren Bau des Zentralnervensystems e
Anenzephalus. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 40. (S. 1

Raecke, Kindermißhandlung und Psychopathie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39. (S. 178*.)

Rhein, Family spastic paralysis. Journ. of nerv. and ment. diseases vol. 44. (S. 175*.)

Riggs, Report of three cases of familial spastic paralysis. Journ. of nerv. and ment. diseases vol. 44. (S. 175*.)

Rönne, Zur pathologischen Anatomie der Augenleiden bei juveniler amaurotischer Idiotie (*Spielmeyer-Stock*sche Form). Klin. Monatsbl. f. Augenheilkd. Bd. 56. (S. 175*.)

van der Scheer, Ein Fall von Zwergwuchs und Idiotie nebst Bemerkungen über die Klassifikation der Zwerge. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 32. (S. 173*.)

4. *Scholz*, Kretinismus. Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten von *Kraus* u. *Brugsch*. Urban u. Schwarzenberg.

5. *Schuurmans-Stekhoven*, Ein Vierteljahrhundert Schwachsinnigenfürsorge. Maandbl. v. het Krankzinnigenwezen vol. 1.

6. *Schuurmans-Stekhoven*, Gesetzliche Bestimmungen für Schwachsinnige (Idioten und Imbezille). Maandbl. v. het Krankzinnigenwezen vol. 1.

7. *Shuttleworth* and *Potts*, Ment. deficient children. Their treatment and training. 4. ed. Philadelphia. Blackistans Son & Co.

8. *Sokolow* und *Szpakowska-Birnbaum*, Die sozialen Gefühle und Triebe bei den Dementen. Korr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Bd. 46.

9. *Southard*, The correlation of brain anatomy, mental tests and school or hospital records in a series of feeble-minded subjects. (Wawerley anatomical research series.) Journ. of nerv. and mental diseases vol. 43.

10. *Stern*, Die Intelligenzprüfung von Kindern und Jugendlichen. 2. Aufl. Leipzig. J. A. Barth.

11. *Stiebel*, Minderbefähigte Schulentlassene. Eine Studie über die Erwerbsfähigkeit der in den Jahren 1903 bis 1912 aus den Frankfurter Hilfsschulen entlassenen Kinder. Berlin, C. Heymann. (S. 177*.)

12. *Stoccarda*, Untersuchungen über die Synchondrosis spheno-occipitalis und Ossifikationsprozeß bei Kretinismus und Athyreosis. Beitr. z. pathol. Anat. Bd. 61.

43. *Süßmayr*, Über einen Hydrocephalus mit besonders schwerer Mißbildung der oberen Extremitäten. Inaug.-Diss. München.

44. *Wegelin*, Über die Ossifikationsstörungen beim endemischen Kretinismus. Korr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Bd. 46.

45. *Wolpert*, Klinischer Beitrag zur progressiven familiären zerebralen Diplegie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 34. (S. 174*.)

46. *Ziehen*, Die Erkennung der psychopathischen Konstitution (krankhafte seelische Veranlagungen) und die öffentliche Fürsorge für psychopathisch veranlagte Kinder. Berlin, S. Karger. 3. Aufl.

Auch im Jahre 1916 hat die Literatur über Idiotie, Imbezillität und verwandte Gebiete einen wesentlich geringeren Umfang erreicht als in den Friedensjahren.

Zwei Arbeiten sind der Anenzephalie gewidmet. In dem Falle *Browers* (6) handelt es sich um ein ausgetragenes und bis auf die Schädelmißbildung wohlgebautes Mädchen. Anstatt des Hirnschädels fand sich eine braunrot gefärbte Masse, wie ein Turban, auf dem Kopfe. Die rechte Gesichtshälfte war kleiner als die linke, das rechte Auge lag tiefer als das linke. Während der 37stündigen Lebensdauer wurden folgende Beobachtungen gemacht: Die Pupillen zeigten keinerlei Reaktion auf Lichtreize; ophthalmoskopisch war Fehlen des Opticus nachweisbar; das Gesicht war analgetisch; bei Schmerzreizen am Rumpf und Extremitäten wurden sämtliche Extremitäten bewegt, mit Bevorzugung der dem Reiz gleichseitigen Extremitäten; niemals treten jedoch Bewegungen der Gesichtsmuskulatur auf; Zuckerlösung auf die Zunge gebracht, löste Spitzen des Mundes, Chininlösung Speichelfluß und Verziehen des Gesichtes aus; Saugreflex, Pharynxreflex und Kitzelreflex an der Nase fehlten, ebenso an der Hand der Greifreflex; Knie- und Achillesreflexe waren nicht auslösbar, ebenso der linke Plantarreflex, während rechts *Babinski*scher Reflex bestand. Bei der Sektion fand sich an der Grenze von Halsmark und Oblongata eine Spina bifida; die Nebennieren waren klein, aber deutlich vorhanden. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte das Rückenmark in Höhe des obersten Zervikalmarkes eine fast völlige Unterbrechung der nervösen Substanz, die durch ein Gewebe ersetzt war, „welches reichlich mit Blutgefäßen versehen ist und am wahrscheinlichsten als Entzündungsgewebe betrachtet werden muß. Es sind einige Blutungen darin zu sehen, aber keine zelligen Infiltrate“. Im Rückenmark fehlen die *Py*-Seitenstrangbahn, die *Clarke*schen Säulen und die spinozerebellaren Systeme. Im verlängerten Mark, das links eine scheinbare Verdoppelung infolge Verzerrungen durch entzündliche Vorgänge aufwies, ist nur linksseitig eine Pyramidenbahn entwickelt. Die ganze rechte Hälfte des Hirnstammes schwächer als die linke. Linkerseits fehlen Nervus vestibularis und Nervus cochlearis völlig. Dorsal von Oblongata sind einige deutliche Kleinhirnlamellen mit deutlicher Schichtung erkennbar. Oralwärts wird das nervöse Gewebe immer dürftiger. In der Area cerebro-vasculosa finden sich große Zysten und teilweise auch zertrümmerte Hirnmasse; großenteils besteht sie aus indifferenziertem Gewebe mit ganz kleinen Zellen. Zellige Infiltrate fehlen. Der Fall ist aufzufassen als partielle Anenzephalie. Nach dem Verf. ist sie



wahrscheinlich durch eine nicht vor dem 2. Monat einsetzende Meningoenzephalitis verursacht worden, wie überhaupt die Entzündungstheorie die größte Wahrscheinlichkeit für die Entstehung der Anenzephalie für sich hat. Der Verf. vergleicht dann noch den klinischen und anatomischen Befund. Durch die Unterbrechung im Rückenmark erklärt sich, warum bei Stichen in Rumpf und Extremitäten keinerlei Bewegungen des Gesichtes beobachtet werden konnten, und umgekehrt. Die Abwehrbewegungen in den Extremitäten waren rein reflektorisch und spinal; es muß im Rückenmark auch absteigende Reflexbahnen geben, denn die Reflexbewegungen in den Beinen traten auch bei Stichen in die oberen Rumpfpartien oder Extremitäten auf. Die Reaktionen auf Geschmacksreize können nur reflektorisch in der Oblongata ausgelöst worden sein; Verf. neigt der Meinung zu, daß die bitteren Reize bereits im Munde von ganz andern Elementen aufgefangen werden als süße; die Reize werden getrennt aufgefangen, verlaufen getrennt und gelangen zu verschiedenen Zellgruppen der Medulla.

Auch die Mißgeburt, die *Pfeifer* (28) beschreibt, war weiblich; ihr Gewicht betrug 2700 g, ihre Länge 50 cm. Die Mutter war normal. Abgesehen von der Schädelmißbildung waren Anomalien nicht nachweisbar. Das Gehirn bestand nur in einer flachen Schicht graurötlichen, schwammigen Gewebes, das von einer unbehaarten, feucht glänzenden Haut überzogen war. Rechte und linke Hemisphäre waren angedeutet. Das Gehirn lag völlig frei da, Schädelknochen fehlten völlig. Die Lebensdauer der Mißgeburt betrug 17 Stunden. Die klinische Beobachtung ergab folgende Befunde: Augen in Divergenzstellung unbeweglich starr; Pupillenreaktion und Lidschlag fehlten; Hornhaut getrübt; Blindheit; ob Taubheit, nicht einwandfrei festzustellen. Keinerlei Reaktion auf Geruchsreize; Saug-, aber keine Schluckbewegungen; keine Geschmacksreaktion. Gesichtshaut völlig unempfindlich. Lebhafte Extremitätenbewegungen, die sich durch nichts von denen eines neugeborenen Kindes unterschieden. Tonusveränderungen in Muskulatur nicht nachweisbar; Haut- und Sehnenreflexe normal. Auf Schmerzreize am Rumpf (Schlag auf Hinterteil) schmerzhaftes Verziehen des Gesichts, Schreien und zappelnde Bewegungen mit den Extremitäten. Das Gewicht der Hirnmasse mit dem Halsmark betrug 29 g; der Form nach war es zu vergleichen mit einem Hutpilz, an dem der dünne Stiel des Rückenmarks exzentrisch inserierte. Hirnstiele, Brücke, Oliven, Pyramiden, Hypophyse, Chiasma opticum, Oculomotoriusursprung waren nicht nachweisbar. Die Nn. facialis und acusticus waren vorhanden, Nn. accessorius, glossopharyng. und hypoglossus schienen spärlich entwickelt. Mikroskopisch zeigte sich, daß das Nervensystem der Mißgeburt dicht oberhalb der Eintrittsstellen des N. trigenimus definitiv zu Ende war; oralwärts war nur eine typische Substantia cerebrovasculosa vorhanden. Die wichtigsten Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung waren nach Verf. folgende: Das Halsmark enthält im Gebiete der Seitenstränge die *Flechsig*sche Lateralfurche, deren Vorhandensein bei Agenesie der Pyramidenbahn, wie im vorliegenden Falle, die Regel ist. Ihr Vorhandensein im späteren Alter muß immer als Embryonalismus aufgefaßt werden. An der Eintritts- bzw. Austrittsstelle der hinteren und vorderen Wurzeln bzw. der Hirnnerven ist ein plötzlicher und recht beträchtlicher Wechsel im Kaliber und in der Färbbarkeit der



Markfasern zu sehen. Die Stelle entspricht genau der Membrana limit. gliae extern. *Pf.* sieht in diesem Verhalten einen histologischen Ausdruck für die Unermüdbarkeit des peripheren extramedullären Anteils der Nervenfaser gegenüber der Ermüdbarkeit der zentralen, intramedullären Strecke. Die zentralen und peripheren Markscheiden haben eine chemisch-differente Beschaffenheit. Die Anenzephalen haben keine Pyramidenbahn; als körperliches Substrat für die Koordination der Bewegungen konnte Verf. in seinem Falle einen speziellen motorischen Faseranteil nachweisen, den er als Tractus bulbocervicalis bezeichnet; er nimmt von ungekreuzten Fasern aus dem „inneren Areal" der Substantia reticul. seinen Ursprung, zieht paramedian abwärts schräg von hinten oben nach vorn unten, gelangt hinter der Olivenzwischenschicht in die Vorderstränge, liegt dort in ventralen Abschnitten, geht im oberen Zentralmark eine vom Verf. als Decussatio tertia bezeichnete Massenkreuzung ein, um dadurch an seine Endstätten, nämlich die Kerne des Accessor. und des Zervikalplexus einschließlich des Phrenicuskernes zu gelangen. Mit großer Wahrscheinlichkeit ist anzunehmen, daß diese Kreuzung sich in den tieferen Abschnitten des Rückenmarks wiederholt, so daß die Subst. reticul. als ein Bewegungszentrum erscheint, welches dem motorischen Apparat des Rückenmarks übergeordnet ist und eine einheitliche Aktion ermöglicht. Diese wichtige Funktion erfüllt die Subst. reticularis höchstwahrscheinlich im Zusammenwirken mit den Kernanlagen des N. vestibularis. Aus der Tatsache, daß außer der Substantia reticularis keine Zentralnervensubstanz vorhanden war, wo die Gefühlsäußerungen der Mißgeburt lokalisiert gedacht werden könnten, folgt außerdem zwingend, daß die Subst. reticularis sensible Eindrücke perzipieren und unter Produktion primitiver Gefühle Impulse an den motorischen Apparat abgeben kann, so daß die nunmehr ausgelösten Bewegungen zu Ausdrucksbewegungen werden.

Für das Auftreten des Hydrocephalus internus kommen nach *Anton* (2) im wesentlichen drei Momente in Betracht:

1. die Steigerung der Absonderung der Flüssigkeit,
2. die Behinderung des Abflusses durch die Venen und Lymphräume,
3. Abnahme des Druckes von seiten der Hirn- und Schädelwandungen.

Verf. bespricht die verschiedenen Krankheitsprozesse, in deren Gefolge die erwähnten Momente erzeugt werden können. Im Anschluß teilt *Anton* einen Fall von Turmschädel mit. Der 5jährige Knabe, hereditär nicht belastet, war geboren mit verwachsenen Zehen, verstümmelten Händen und der charakteristischen Kopfbildung. Er war geistig etwas zurückgeblieben und hatte Stauungspapille. Nach operativer Behandlung mit Balkenstich ging die Stauungspapille zurück; das Kind wurde munterer und lebhafter. Die Anlage eines Ventiles im Balken hat im vorliegenden Falle bestimmt für mehrere Jahre die Stauungspapille beseitigt und, wie es scheint, eine bessere geistige Entwicklung ermöglicht.

In einer andern Publikation beschreibt *Anton* (1) folgenden eigenartigen Fall: Erblich nicht belastetes 10jähriges Mädchen. Als kleines Kind grazil gebaut, mit 3/4 Jahren schon einzelne vollständige Worte gesprochen, auffallend rasche Größenzunahme. Mit 3 Jahren erste Menses, 3—4 Tage Dauer, ohne besondere Beschwerde, in halbjähriger Wiederkehr. Seitdem starke Größenzunahme; seelisch eigenartig,



schreckhaft, ängstlich, Gedächtnis und Auffassung aber gut. Mit 6 Jahren proportioniert gebaut, doch bereits 1,40 m groß, Schädelumfang 51 cm; auffällige Breite des Beckens, relativ große Distanz der Trochanteren, Brustdrüsen stark entwickelt. Knorpelknochenfugen der Gelenke noch deutlich angedeutet, aber viel weniger breit als bei gleichaltrigen Kindern. Schamhaare bereits entwickelt, ebenso Haarwuchs in den Achselhöhlen. Psychisch etwas zurückhaltend, jungfräulich, bevorzugt im Verkehr älterer Kinder (11—13 Jahre). Mit 9 Jahren 1,50 cm groß, 52 cm Schädelumfang. Gute Aufmerksamkeit, doch rasche Ermüdbarkeit und geringe Initiative; anfänglich etwas jungfräuliche Scheu. Es handelt sich um vorzeitige Geschlechtsentwicklung und übermäßiges Wachstum in kindlichem Alter; ob dauernder Riesenwuchs vorliegt, ist noch nicht sicher. Verschiedene Ursachen können zugrunde liegen; die Beziehungen der Hypophyse zum Riesenwuchs sind noch keineswegs einfach und geklärt. Bei hypophysärem Riesenwuchs verkümmern im allgemeinen die Genitalien, doch ist das nicht in allen Fällen absolut sicher. Jedenfalls ist bei vorzeitiger Genitalfunktion auch an Störungen in andern endokrinen Drüsen zu denken. Eine glatte Lösung der Frage der Ätiologie ist zurzeit noch nicht möglich. Anschließend teilt *A.* noch einen Fall von familiärem Riesenwuchs bei einem 23jährigen Akromegalen mit.

Van der Scheer (33) gibt zunächst einen Überblick über die Klassifikation der Zwerge. Als essentiellen oder unkomplizierten Zwergwuchs bezeichnet er mit *Hastings-Gillford* solche Formen, bei denen lediglich eine erhebliche Reduktion der Körpergröße besteht, während Intelligenz, Lebensfähigkeit, Widerstandsvermögen, geschlechtliche Entwicklung usw. keine Abweichungen von der Norm zeigen. Bei der sogenannten Ateleiosis gibt es neben der quantitativen noch qualitative Unterschiede. Hierher gehören auch die „echten Zwerge" *Faltas*, die angeblich wohlproportioniert sein sollen, in Wirklichkeit aber nicht richtig proportioniert sind. Nebenher kommen noch rudimentäre Genitalien, Spätentwicklung der sexuellen Eigenschaften, offene Epiphysenscheiben, infantile Züge als nicht rein quantitative Unterschiede vor. Immerhin haben die hierher gehörigen Zwerge doch gewisse gemeinsame Merkmale, die eine Zusammenfassung zu einer Gruppe gestatten, solange ätiologische oder pathogenetische Momente noch keine weitere Scheidung ermöglichen. Ihre bestimmten Charakteristika sind nach *Hastings-Gillford* folgende:

1. In typischen Fällen besteht Familienähnlichkeit (wie z. B. bei Kretinismus, Mongolismus): relativ zu großer Kopf, breites, flaches Gesicht.
2. Fehlen irgendeines besonderen schädigenden Einflusses.
3. Deutlich ausgesprochene Heredität.

Bei der Ateleiosis sind noch die sexuelle und die asexuelle Varietät zu unterscheiden. Bei der ersteren entwickeln sich in der Pubertät die sekundären Geschlechtscharaktere, die Epiphysärscheiben schließen sich, jedes weitere Wachstum hört auf; bei der asexuellen Varietät bleiben die Epiphysen offen, Genitalien und sekundäre Geschlechtscharaktere entwickeln sich unvollkommen. Beide Varietäten kommen manchmal in derselben Familie vor. Bei der dritten Gruppe, dem symptomatischen Zwergwuchs, gibt es Fälle, wo der Zwergwuchs im wesentlichen Folge

krankhafter Störungen im Skelettwachstum ist, z. B. rachitische, osteomalazische, achondroplastische Störungen. Andern Fällen liegen allgemeine Entwicklungsstörungen zugrunde (myxödematöser, hypophysärer, glandulärer Zwergwuchs usw.). Jedenfalls ist in allen diesen Fällen ein schädigender Faktor nachweisbar. Verf. teilt selbst einen Fall von Zwergwuchs mit: 32jährige jüdische Zwergin von 1,24 cm Größe, erblich nicht belastet, bei Geburt normal. Mit 3 Jahren schwere Erkrankung, darnach idiotisch; lernte mit 20 Jahren erst laufen; blieb im Wachstum zurück; mit 12 Jahren noch im Kinderstuhl. Menstruation und sexuelle Behaarung erst mit 26 Jahren. Zur Zeit der Beobachtung: akromegaler Gesichtsausdruck, große Zunge und kolossale Unterkiefer; mikromele Verkürzung der Extremitäten; alabasterfarbene Haut; sehr wechselnde Obesitas mit Prädilektion für Nates und Mammae; geringe Entwicklung der inneren Genitalien bei regelmäßiger Menstruation und stark ausgebildeten sekundären Geschlechtscharakteren; sehr schlaffe, wenig kräftige Muskeln, dabei erhöhte Sehnenreflexe und spastische Erscheinungen, Babinski, Kopfschmerz und häufiges Erbrechen; Knochensystem ohne besondere Veränderungen. Positive *Wassermann*-Reaktion, Maculae corneae. Versatile Idiotie. Genaue Messungen ergaben, daß es sich um einen disproportionierten Zwerg mit ausgesprochener mikromeler Verkürzung der Extremitäten handelt. Unter eingehender Besprechung aller Möglichkeiten kommt *v. d. Sch.* zu dem Schluß, daß eine Schädigung des Gehirns, Hydrocephalus, und der Hypophyse durch Heredolues vorliegt. Die letztere ist mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit als Ursache des Zwergwuchses aufzufassen, der als symptomatisch zu bezeichnen ist.

Die drei Brüder, deren Krankengeschichte *Wolpert* (45) wiedergibt, sind hereditär nicht belastet. Alle drei zeigten ein progressives Leiden, das in der späteren Kindheit beginnt: Abblassung der temporalen Hälfte der Papille, spastische Symptome in den Beinen, Steigerung der Sehnenreflexe, *Babinski*sches bzw. *Oppenheim*sches Phänomen, Pes equinus bzw. Varoequinus. Dazu kommen die Adiadokokinesis, geringe Blasenbeschwerden. Das Leiden macht nur langsame Fortschritte; die temp. Abblassung der Papille geht in totale Optikusatrophie über, die Steifigkeit geht allmählich auch auf die Arme über und wird sehr hochgradig. Erst jetzt oder noch später stellt sich eine Schwäche der unteren Extremitäten ein. Eine erhebliche Parese der oberen Extremitäten fehlt selbst beim ältesten Patienten, der das am meisten fortgeschrittene Krankheitsbild zeigt (Alter: 16 Jahre, Beginn des Leidens im 4. Jahre). Beim letzteren sind außerdem nystagmusartige Zuckungen, geringe rechtsseitige Fazialisparese, eigentümliche Veränderungen der Sprache, Koordinationsstörungen, dauernde Kontrakturen der Muskeln und Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Augen zu erwähnen. Es ist anzunehmen, daß diese Symptome Zeichen einer weiteren Entwicklung der Krankheit sind. Bei keinem der Patienten findet sich eine Veränderung der Macula lutea; Krampfanfälle sind nicht beobachtet worden. Die Intelligenz zeigt eine deutliche Abnahme, wenn auch von einer starken Verblödung nicht zu sprechen ist. Das Krankheitsbild entspricht dem der progressiven familiären zerebralen Diplegie von *Higier*; ähnliche Fälle sind von *Freud* und *Vogt* beschrieben und von letzterem der juvenilen amaurotischen Idiotie zugerechnet worden.



In dasselbe Gebiet gehören die Fälle von *Riggs* (31). Die drei befallenen Kinder einer Familie waren hereditär nicht belastet; für Lues lagen keine Anhaltspunkte vor. Bei dem ältesten 12jährigen Mädchen waren dem Ausbruch des Leidens Keuchhusten und ein Darmleiden vorausgegangen. Das Leiden begann mit Gangstörungen und allmählich zunehmender Steifigkeit in den Extremitäten und im Kiefer. Später als das Leiden mehr stationär erschien, sprach das Kind fast nicht, kaute nicht mehr, die Extremitäten, namentlich die Beine, erschienen atrophisch, dabei spastisch, es bestand *Babinski*scher Reflex; zeitweise traten leichtere epileptische Anfälle auf; außerdem entwickelte sich ziemlich rasch Blindheit. Bei den beiden jüngeren Geschwistern war das Leiden noch nicht so weit fortgeschritten. Auch bei den Fällen von *Rhein* (30) handelt es sich wohl um die gleiche Form der familiären Diplegie. Der Fall von *Jonscher* (20) ist besonders dadurch bemerkenswert, daß hier bei einem 8jährigen christlichen Kinde, dessen Krankheit zur *Vogt-Spielmeyer*schen Form zu rechnen ist, die typischen Veränderungen an der Macula lutea nachweisbar waren. Auch die beiden Mädchen, deren Krankengeschichte *Benders* (4) mitteilt, waren christlicher Herkunft; der Verlauf entsprach in typischer Weise dem von *Vogt-Spielmeyer* gezeichneten Krankheitsbilde. Wie *Spielmeyer*, so ist auch der Verf. der Ansicht, daß es sich hier um eine besondere Krankheitsform handelt. Die anatomischen Befunde, die *Rönne* (32) in einem Falle von juveniler familiärer amaurotischer Idiotie an den Augen erheben konnten, glichen ganz dem von *Stock* früher beschriebenen Bilde. Die wesentlichsten Befunde waren: 1. die Choriokapillaris ist normal; 2. in der Pigmentschicht besteht Depigmentation; 3. am schwersten sind Neuroepithelschicht und äußere Körnerschicht betroffen, während die inneren Retinalschichten gut erhalten sind, jedoch mit etwas Degeneration der Ganglienzellen; 4. Optikus und Nervenfaserschicht sind frei von Degeneration; 5. in der äußeren und inneren Körnerschicht finden sich die auch von *Stock* beschriebenen schweren Zellzapfen.

In gewisser verwandtschaftlicher Beziehung zu den vorstehenden Krankheitsbildern stehen wohl auch die Fälle, die *Hoffmann* und *Krabbe* beschrieben haben. Der Inhalt ihrer Arbeiten kann allerdings nur nach Referaten wiedergegeben werden. Die beiden Geschwister der Publikation von *Hoffmann* (17) boten in gleicher Weise spastische Lähmung der unteren, spastische Parese der oberen Extremitäten, athetotische Bewegungen, leichte Ataxie, Sprachstörung, Schluckstörung, Nystagmus, beginnende Hypoglossuslähmung im ersten, völlige im zweiten Fall, Atrophie der kleinen Handmuskeln, mäßige Abnahme der Intelligenz beim ersten, starke beim zweiten. Im ersten Fall kommen noch hinzu: Optikusaffektion, Fazialisparese, Geschmacksstörung im Bereich des hinteren Drittels der Zunge (Glossopharyngans), Störungen der Blasenfunktion. Besonders bemerkenswert ist der exquisit familiäre und hereditäre Charakter der Erkrankung. Sie begann mit der Urgroßmutter der beiden Geschwister, befiel deren Tochter, vier Enkelinnen, zwei Urenkel.

Die Fälle von *Krabbe* (23) gehören zur familiären infantilen Form der diffusen Hirnsklerose, bei der es sich nach Ansicht des Verf. um eine rein degenerative Erkrankung handelt, die einige Beziehungen zur Aplasia axialis extracorticalis congenita und zur amaurotischen Idiotie zeigt.



Bielschowski (5) beschäftigt sich hauptsächlich mit den Beziehungen der juvenilen Paralyse zu den heredodegenerativen Erkrankungen, wie sie hauptsächlich von *Sträußler* angenommen worden sind. In sämtlichen 5 Fällen, die er untersucht hat, konnte *B.* zweikernige *Purkinje*sche Zellen nachweisen. Solche zweikernige Ganglienzellen können sich aber nach *B.* nicht nur im Fötalleben, sondern auch später noch entwickeln; sie sind der Ausdruck einer verspäteten und unvollkommenen Zellreifung. Gegen die Verwandtschaft mit der *Friedrich*schen und *Marie*schen Krankheit spricht schon der Umstand, daß die zweikernigen Zellen hier nicht gefunden werden. Wenn die Bilder der Kleinhirnrinde bei Fällen von juveniler Paralyse mit hochgradiger Atrophie zuweilen der hereditären Kleinhirnatrophie sehr ähnlich sind, so darf deshalb die juvenile Paralyse noch nicht zu den heredodegenerativen Erkrankungen gezählt werden; diese Bilder können allein schon aus dem paralytischen Krankheitsprozeß erklärt werden. Auch die Gründe, die *Sträußler* für verwandtschaftliche Beziehungen zwischen juveniler Paralyse und amaurotischer Idiotie vorbringt, sind nicht stichhaltig. Die beschriebenen Dendritenveränderungen kommen nicht nur bei juveniler Paralyse und amaurotischer Idiotie, sondern auch bei sicher nicht endogenen Erkrankungen vor, z. B. bei Arteriosklerose. Die kugelförmigen Anschwellungen der Achsenzylinder an den *Purkinje*schen Zellen, auf die besonders Gewicht gelegt worden ist, sind nach Verf. ein ganz gewöhnliches Reaktionsphänomen, welches an den Axonen der *Purkinje*schen Zellen überall auftritt, wo sich in der Körnerschicht pathologische Widerstände geltend machen. Auch die Hyaloplasmatheorie *Schaffers* hält der Kritik nicht stand.

Jolowicz (19) unterzog 33 Familien mit 71 Personen ausschließlich der Patienten der Untersuchung. 29 Patienten, 25 Männer, 2 Frauen, 2 auf hereditärluetischer Basis, waren sichere Paralytiker, 1 Tabiker, 2 litten an Lues cerebri, 1 an latenter Lues. Alle hatten positive *Wassermann*-Reaktion im Blut, die Paralytiker auch positiven Liquorbefund. In einem Falle wurde eine konjugale Paralyse gefunden. Die Sera wurden nach der Originalmethode mit mehreren Extrakten in inaktiviertem Zustand untersucht, die meisten auch in aktivem Zustand. Von 71 inaktiven Seren waren positiv 15 = 21 %, von 51 aktiven 28 = 54,9 %, von 71 Serien waren aktiv oder inaktiv positiv 28 = 39,4 %. Von den 33 Familien waren die 4, deren Patienten nicht Paralytiker waren, frei von serologischen Zeichen einer Lues. Unter den 29 Paralytikerfamilien reagierte in 12 Familien = 41,4 % mindestens 1 Mitglied im inaktiven Serum positiv. Die positiven Resultate im aktiven Serum mitgerechnet — die *Wassermann*-Reaktion im aktiven Serum ist nur mit Vorsicht zu verwerten — erhöht sich die Zahl der infizierten Familien auf 17 = 58,6%. Die Zahlen sind sicher nicht zu hoch gegriffen, wenn man bedenkt, daß nicht jeden latente Lues eine positive Reaktion geben muß. Noch nach 9 Jahren nach der Infektion kann eine Übertragung auf die Frau oder durch die Frau auf die Kinder stattfinden. Es hat den Anschein, als ob die Lues, die zur Paralyse führt, besonders stark und besonders lange infektiös bleibt. *J.* weist darauf hin, wie wichtig es unter Umständen ist, alle Mitglieder der Familie eines Luetikers serologisch zu untersuchen.



Heuer (14) hat in der Hilfsschule über 2 Jahre lang einen Schüler mit auffallend kleinem Kopf verfolgt. Der Schädelumfang des 14½ jährigen Schülers betrug nur 48½ cm. Der Knabe zeigte viele neuropathische Erscheinungen, Schlaflosigkeit, Kopfschmerz, eine gewisse Hast und Unruhe im ganzen Wesen, rasche geistige Ermüdbarkeit, erschwerte Konzentrationsfähigkeit, mangelhafte Merkfähigkeit, schlechtes Gedächtnis, Schwächen der Aufmerksamkeit, lebhafte Phantasie, aber sehr stark herabgesetztes Urteilsvermögen. Eine Prüfung nach *Binet* ergab, daß der Knabe etwa 5 Jahre hinter seinem Normalalter zurück war. Nach 2 jähriger Beobachtung zeigte der Knabe keinerlei geistigen Fortschritt mehr; eher wiesen manche Erscheinungen auf geistigen Rückschritt hin. Die Prognose war also nicht günstig zu stellen.

Derselbe Autor (15) hat in Analogie zu Versuchen über Zeugenaussagen an Normalen Versuche an Hilfsschulkindern angestellt, da man infolge ihrer Aufmerksamkeitsschwäche und Beeinflußbarkeit gerade bei schwachsinnigen Kindern mißtrauisch gegen Aussagen sein muß. I. Versuch: Den Kindern wurde ¼ Minute lang ein Geldstück gezeigt, mit der Aufforderung, es genau zu betrachten. Dann wurde ihnen Papier gegeben, worauf sie einen Kreis von der ungefähren Größe des Geldstückes zeichnen sollten. Vorher jedoch wurde ihnen noch in sehr bestimmten Ton gesagt: „Ihr habt doch alle gesehen, daß in dem Geldstück ein Loch war.“ Von 75 Kindern ließen sich lediglich 8 nicht beeinflussen; 90 % zeichneten in den Kreis ein Loch. II. Versuch: 14 gleichlange Linien wurden nacheinander gezeigt mit der Aufforderung, sie zu zeichnen. Beim Zeigen der gleichlangen Linien wurde gesagt: „diese ist kürzer“, „diese ist größer“; etwa 84 % ließen sich beeinflussen, verschieden lange Linien zu zeichnen. III. Versuch: Ein einfaches Bild wurde gezeigt, dann suggestiv gefragt: „War nicht auch ein Hund auf dem Bild?“ Der Prozentsatz der Beeinflußten betrug 49½. Der Versuch IV kann übergangen werden. Die Versuche ergaben, daß die Beeinflußbarkeit am größten war, wenn durch eine Autoritätsperson von vornherein ein bestimmtes Urteil gefällt wurde, wie in Versuch I; geringer ist schon die Suggestion, wenn eine Meinung nicht bestimmt ausgesprochen wurde, sondern nur suggestiv gefragt wurde. Jedenfalls geht aus den Versuchen hervor, daß Aussagen von Schwachsinnigen mit der größten Skepsis aufgenommen werden müssen.

Die Arbeit von *Stiebel* (41) berücksichtigt ein Material von 508 Kindern, 271 Knaben, 237 Mädchen, von denen aber 29 aus verschiedenen Gründen nicht nachkontrolliert werden konnten. Von den 479 nachkontrollierten Schulentlassenen sind mindestens 3 Jahre nach der Entlassung 47,2 % voll erwerbsfähig geblieben, 31,9 % halbe Kräfte, erwerbsunfähig bzw. asozial 20,9 %. Von je 100 Erwerbsfähigen waren 62 % Knaben, 38 % Mädchen. Von den kontrollierten Kindern lebten 32,8 % in guten äußeren Verhältnissen, 25,5 % in mittelmäßigen, 41,7 % in schlechten. Für Mädchen erwiesen sich schlechte häusliche Verhältnisse bedenklicher als für Knaben; bei den Mädchen bereitet auch die Ausübung der Fürsorge nach der Schulentlassung größere Mühe als bei Knaben. Die bereits in der Hilfsschule für die einzelnen Schüler gestellte Prognose hat sich zumeist als zutreffend erwiesen. Sehr gering ist die Zahl der Kinder, die nach der Schulentlassung Frank-



furt verlassen haben. 10,4 %, und zwar etwas mehr Mädchen, mußten in Fürsorgeerziehung gebracht werden.

Wie *Henze* (12) ausführt, besteht vielfach die Meinung, daß imbezille, namentlich leichter schwachsinnige Kinder auch moralisch minderwertig sind. Wäre das der Fall, so würde die Arbeit an der Hilfsschule wenig Aussicht auf Erfolg bieten. Nach den Untersuchungen der Hilfsschullehrerin *Descoeudres* in Genf ist das Entgegengesetzte der Fall. Von vornherein ist zu berücksichtigen, daß gerade die Hilfsschüler oft unter sehr ungünstigen äußeren Verhältnissen aufwachsen; vielfach werden gerade schwachsinnige Kinder zu Haus hart und grausam behandelt und auch in der Öffentlichkeit wegen ihres Schwachsinns verächtlich angesehen, so daß sie verbittert werden. Dazu kommt noch eine geradezu krankhafte Furchtsamkeit. Versteht man die Kinder aber richtig zu nehmen, so sind sie sehr wohl fähig Ordnungssinn, Gehorsam, Arbeitseifer, Hilfsbereitschaft, Anhänglichkeit, Gutherzigkeit zu entwickeln. *Henze* stimmt Frl. *Descoeudres* bei. Die Hilfsschulkinder bieten in ihrem Wesen durchaus nicht eine Häufung und Vereinigung aller möglichen Untugenden; die angeboren Minderwertigen bilden unter ihnen entschieden die Minderzahl. Solche Elemente müssen unter Mitwirkung des Psychiaters ausgesondert werden. Man darf dabei nicht vergessen, daß gerade bei geistesschwachen Kindern die äußeren Einflüsse besonders ungünstig wirken können, da gewisse Hemmungen weniger Platz greifen, als bei intellektuell gut entwickelten Kindern. Wenn daher bei geistesschwachen Kindern sittliche Mängel und Vergehen verhältnismäßig häufiger vorkommen, als bei normalen, so ist es noch nicht gerechtfertigt anzunehmen, daß es sich um eine erhöhte Zahl angeborener psychopathischer Minderwertigkeit handelt; bei dieser Minderwertigkeit kann es sich, wie aus den oben dargelegten Gründen hervorgeht, sehr wohl um erworbene Zustände handeln, die einer Beeinflussung durch Erziehung sehr wohl zugänglich sind. Wie *Descoeudres* weist auch *Henze* darauf hin, daß bei geistesschwachen Kindern sehr viel gute Eigenschaften zu finden sind, in erster Linie Zuneigung und Anhänglichkeit an Lehrer und Mitschüler, Hilfsbereitschaft, Gewissenhaftigkeit, Ehrlichkeit, Wahrhaftigkeit, Fleiß. Natürlich liegt in der Intelligenzschwäche allerlei Gefahr und Schwierigkeit auch für die sittliche Entwicklung; vor allem ist von vornherein klar, daß der Intelligenzdefekt ein Emporarbeiten zu den Höhepunkten und Feinheiten sittlicher Auffassung und sittlichen Handelns ausschließt.

Raecke (29) verlangt, daß in Fällen von Kindermißhandlungen die psychiatrische Untersuchung beider Teile, des Täters und des mißhandelten Kindes, vorgenommen wird, wenn dem Staatsanwalt oder Richter eine wirklich brauchbare Grundlage für die zu treffende Entscheidung geschaffen werden soll. Die Untersuchung beider Teile ist nötig, weil nicht selten sowohl das mißhandelte Kind wie der Täter — gewöhnlich Vater oder Mutter — psychopathisch veranlagt ist, was gar nicht selten vorkommt, da es sich bei der Psychopathie ja um ein vererbbares Leiden handelt. Auf der einen Seite kann das Kind sehr schlechte Eigenschaften an den Tag legen, kindlicher Trotz kann zu Weinkrämpfen und Tobsuchtsanfällen führen; auf der anderen Seite zerreißen elterliches Autoritätsgefühl und Machtbewußtsein im pathologischen Zornausbruch die Zügel der Selbstbeherrschung und



›iten blind die Grenzen erlaubter Strafgewalt. Wenn dazu noch krank-genhaftigkeit bzw. Pseudologia phantastica des einen Teils tritt, ist der ısammenhang für den Außenstehenden, selbst für den ärztlichen Beobachter ver zu erfassen. Als Beleg teilt *Raecke* folgenden Fall mit: Die Mutter, die handlung angeklagt war, war ausgesprochen psychopathisch veranlagt; ren bestanden abnorme Erregbarkeit, nervöse Hastigkeit, große Unruhe, ler Zunge und Hände, Beschleunigung des Pulses, Kopfschmerzen, Schwindel, schmerzen, Schlaflosigkeit. Das 9 jährige Kind war ebenfalls schwer psycho-ı. Bei der Mutter hatte sich durch das abnorme Verhalten des Kindes eine ıfte Antipathie gegen die Ursache ihrer Erregungen und Beschwerden ent-, zumal die krankhafte Grundlage des Verhaltens des Kindes nicht erkannt war. Erst durch den Mißerfolg, den sie bei ihren Versuchen hatte, die krank-Unarten des Kindes durch Strafen zu bekämpfen, ist die krankhaft reizbare ohne überlegte böse Absicht zu immer hartnäckigerer Strenge und Ver-ıg der Züchtigung gekommen; schließlich ließ sie sich infolge dieser krank-Reizbarkeit zu bedenklichen Affekthandlungen hinreißen, ohne daß sie sich eren Tragweite klar zu werden vermochte. Der Mutter wurde der Schutz 51 RStGB. zugebilligt.

---

8. Gerichtliche Psychiatrie.

Ref.: Karl Wendenburg-Bochum.

Adler, *Herm. M.* (Boston, Mass.), Psychiatric contributions to the study of delinquency. (Boston Soc. of psych. and neurology. 23. XII. 1915.) Ref.: The Americ. journ. of nerv. and mental dis. vol. 43, no. 5, p. 449.

Barckhausen, *Ernst*, Gehirnerschütterungen in der Armee. Inaug.-Diss. Leipzig.

Bers, *Norbert*, Unfall und Arteriosklerose. Inaug.-Diss. Bonn.

Beyer, *Ernst* (Roderbirken), Aphasie als Unfallfolge. Fortschr. d. Med. Nr. 14.

Bickel, *Heinr.* (Bonn), Die wechselseitigen Beziehungen zwischen psychischem Geschehen und Blutkreislauf mit besonderer Berücksichtigung der Psychosen. 208 S. Leipzig, Veit & Co. 7,50 M.

Birnbaum, *Karl* (Berlin-Buch), Zur Frage der Verhandlungsfähigkeit unter besonderer Berücksichtigung der retrograden Amnesie. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 8, S. 85. (S. 189*.)

7. *Birnbaum, Karl* (Berlin-Buch), Die sexuellen Falschbeschuldigungen der Hysterischen. H. Groß' Archiv Bd. 64. H. 1.

8. *Birnbaum, Karl* (Berlin-Buch), Zur Simulation geistiger Störungen. (Vgl. *Mönkemöller*, Ztschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol. Ref. u. Erg.-Bd. 12, S. 210.) H. Groß' Archiv Bd. 66, S. 71. (S. 188*.)

9. *Bittinger, D.*, Psychopath und Ästhetin. H. Groß' Archiv Bd. 66, S. 132.

10. *Boas, Kurt*, Über Warenhausdiebinnen, mit besonderer Berücksichtigung sexueller Motive. H. Groß' Archiv Bd. 65, S. 103.

11. *Boas, Kurt*, Bedeutet die Vornahme galvanometrischer Untersuchungen für die forensische Psychiatrie einen Fortschritt? H. Groß' Archiv Bd. 65, S. 133.

12. *Boas, Kurt*, Zur forensischen Beurteilung der vermeintlich Schwangeren. H. Groß' Archiv Bd. 71, H. 1 u. 2.

13. *Boas, Kurt*, Über das unberechtigte Anlegen von Kriegsauszeichnungen, besonders im Verein mit anderen forensischen Komplikationen. H. Groß' Archiv Bd. 67. Eigenbericht: Neurol. Zentralbl. Nr. 13, S. 570.

14. *Bonhoeffer, K.* (Berlin), Die Bedeutung der Kriegsschädigungen in der Psychopathologie unter besonderer Berücksichtigung der Dienstbeschädigungsfrage. (Die militärärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete des Ersatzwesens und der militärischen Versorgung. Vortrag, veranstaltet vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen, Berlin 30. X. bis 18. XII. 1916.) Bericht: Deutsche med. Wschr. Nr. 47, S. 1466.

15. *Bonne, Georg* (Kl.-Flottbeck), Zur Prophylaxe der Roheitsverbrechen und militärischen Vergehen unter besonderer Berücksichtigung der Kriegszeit. Deutsche Strafrechtsztg. Nr. 1 u. 2.

16. *Bresler, Joh.* (Lüben), Wichtige Entscheidungen aus dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. XIV. Folge. Aus der Literatur der Jahre 1914 und 1915. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 37—48.

16 a. *Dück*, Anonymität und Sexualität. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 24. (S. 190*.)

16 b. *Engelen*, Somatische Behandlung bei Unfallneurosen. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 17. (S. 194*.)



ngelen, Psychologische Laboratorien zur Erforschung der Unfallneurosen. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 19. (S 193*.)

ngelen und *Rangette* (Düsseldorf), Nachweis von Simulation durch das Assoziationsexperiment. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 4. (S. 194*.)

ngelhard, C. F., Über die Simulation bei Dienstpflichtigen. Verslag psych. en neurol. Ges. Fbr.-No.

ulenburg, A. (Berlin), Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. Sammelreferat: Med. Klinik Nr. 33, S. 881.

wald, Otto, Zur forensischen Würdigung des psychopathischen Charakters bei Mördern. Inaug.-Diss. Würzburg.

roehlich, E. (Berlin), Die Kriegsfähigkeit von Rentenempfängern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 33, H. 1/2, S. 178.

aupp, R. (Tübingen), Erweiterung des Begriffs „Kriegsverletzungen" zu „Kriegsbeschädigungen (*Nonne*)". (Kriegstagung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte, München 22./23. IX. 1916.) Eigenbericht: Neurol. Zentralbl. Nr. 19, S. 795.

Goddard, Henry H. (Viniland School), The criminal imbecile: Analysis of three murderer cases. New York, Macmillan Co. Rep.: The Americ. journ. of insan. vol. 72, no. 4, p. 673.

. *Gutzmann*, Stimm- und Sprachstörungen im Kriege und ihre Behandlung. Berl. klin. Wschr. Nr. 7. (S. 195*.)

Haedenkamp, Karl, Zur forensischen Beurteilung psychopathischer Grenzzustände. Inaug.-Diss. Rostock.

Halbey, Kurt (Kiel), Die senilen und arteriosklerotischen Seelenstörungen und ihre Beziehungen zur gerichtlichen Psychiatrie. Übersichtsreferat. Med. Klinik Nr. 5 u. 6, S. 128 u. 153.

Haldy, Zur Psychologie der Strafanzeige Jugendlicher. H. Groß' Archiv Bd. 65, S. 326.

a. *Hanhart, E.*, Über die amtliche Totenschau. Zürich, Speidel und Wurzel. (S. 188*.)

. *Hauptmann, A.* (Freiburg i. B.), Muskeldystrophie nach Unfall? Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 6. (S. 194*.)

. *Hauser, Emil* (Bezirksrichter in Winterthur), Individualpsychologie und Kriminalpolitik. Ztschr. f. Individualpsychol. Bd. 1. H. 6—9, S. 174.



29. *Herrmann*, *Rudolf* (Wien), Entmündigungsordnung. K. I
ordnung vom 28. Juni 1916. 246 S. Wien, Manz
(S. 191*.)

30. *Heveroch*, *A.* (Prag), Gutachten über die Gültigkeit des Test
in einem Falle von hysterischer Psychose. Čas. čes
vol. 55, p. 263. (Böhmisch.)

31. *Hoche*, *A.* (Freiburg i. B.), Über Wesen und Tragweite der „
beschädigung" bei nervös und psychisch erkrankten
zugsteilnehmern. Referat, erstattet im Reichsaussch
Kriegsbeschädigtenfürsorge. Monatsschr. f. Psych. u. N
Bd. 39, H. 6, S. 347.

32. *Hoche*, *A.* (Freiburg i. B.), Über die Frage der Dienstbeschä
bei nervös und psychisch erkrankten Feldzugsteilneh
(41. Wanderversamml. Südwestd. Neurologen und
ärzte, Baden-Baden.) Bericht: *A. Hauptmann*-Frei
Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E.-Bd. 13,
S. 58. (S. 193*.)

33. *Hoche*, *A.* (Freiburg i. B.), Antrag über die Kapitalabfindung
Kriegsneurosen. (Kriegstagung des Deutschen Vereins
Psychiatrie und der Gesellschaft Deutscher Nervenä
München 21. IX. 1916.) Eigenbericht: Ztschr. f. d.
Neurol. u. Psych., R. u. E.-Bd. 13, H. 3, S. 265.

34. *Hoppe*, *H.* (Königsberg), Simulation eines Psychopathen. Geri
ärztliches Gutachten. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öff
Sanitätsw. Bd. 51, H. 1, S. 69.

35. *Horn*, *P.* (Bonn), Arzt und Haftpflichtgesetz. Ärztl. Sachv.-
Nr. 7, S. 73. (S. 193*.)

35 a. *Horn*, Arteriosklerose und Unfall. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 18 u.
(S. 191*.)

36. *Hübner*, *A. H.* (Bonn), Die Dienstbeschädigungsfrage bei Psycho
Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 15, S. 169. (S. 194*.)

37. *Jolly*, *Ph.* (Halle a. S.), Über Kriegsinvalidenfürsorge für Nerv
kranke. (41. Wanderversamml. d. Südwestd. Neurolog
und Psychiater, Baden-Baden Juni 1916.) Bericht: Neur
Zentralbl. Nr. 18, S. 763.

38. *Karpas*, *M. J.*, Criminology from the standpoint of an psychiatr
New York med. journ. vol. 103, no. 6.



stan, *Max* (Königsberg i. Pr.), Die strafbaren Handlungen psychischkranker Angehöriger des Feldheeres. Arch. f. Psych. Bd. 56, H. 2 u. 3, S. 573 u. 725. (S. 195*.)

iernan, *James G.* (Chicago), Kleptomania and pyromania. Alienist and neurol. vol. 37, no. 3, p. 252.

oppe, *H.*, Simulation eines Psychopathen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Bd. 57, H. 1.

reuser, *H.* (Winnental), Über Rechtsfragen aus den Grenzgebieten von Tabes dorsalis und Dementia paralytica. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 72, H. 3, S. 191.

Kuhlgatz, Selbstmord und Verbrechen bei Melancholie. Diss. Kiel. (S. 189*.)

Lehmann (Düsseldorf), Gehirnerkrankung und Unfall. Monatsschr. f. Unfallk. Nr. 12.

Lehmann, Über die Begutachtung des Zusammenhanges von Gehirnerkrankungen und Unfall. Monatsschr. f. Unfallheilk. Nr. 12.

Leppmann, *A.* (Berlin), Sexuelle Fragen und Kriminalität. (Vortrag in der Berliner Richtervereinigung.) Mitt. d. intern. kriminal. Vereinigung Bd. 21.

a. *Leppmann*, *F.*, Tabes und Unfall. Vjhrschr. f. gerichtl. Med., 3. Flg., Bd. 52, H. 1. (S. 194*.)

b. *Levy-Suhl*, Psychiatrisches und Neurologisches aus einem Kriegslazarett. Neurol. Zentralbl. Nr. 23. (S. 195*.)

. *Ludwig*, *Karl*, Ein Fall wissentlich unwahrer Selbstverdächtigung. H. Groß' Archiv Bd. 65, S. 301.

a. *Marx*, Erinnern und Vergessen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. Bd. 52, H. 1. (S. 189*.)

7. *Meyer*, *E.* (Königsberg i. Pr.), Über die Frage der Dienstbeschädigung bei den Psychosen. (Referat aus der Kriegstagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie, München 21. IX. 1916.) Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E.-Bd. 13, H. 3, S. 252.

8. *Mönkemöller* (Langenhagen), Die kindliche Kriminalität in der Fürsorgeerziehung. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Bd. 52, H. 2, S. 207. (S. 190*.)

49. *Morawcsik*, *E. E.* (Budapest), Die Psychosen des Krieges. Wien. med. Wschr. Nr. 39/40.



50. *Neubeck*, *Siegfried*, Forensisches und erbliche Belastung
Degenerierte. Inaug.-Diss. Bonn.

51. *Nöthen*, *Franz Josef*, Einige bemerkenswerte Fälle un
Entfernung. Inaug.-Diss. Bonn.

51 a. *Numa Praetorius*, Walt. Whitmans Homosexualität.
f. Sexualwissenschaft Bd. 3, H. 8/9. (S. 190*.)

52. Oberversicherungsamt Mannheim, Geisteskrankheit als Unfa
(Entscheidung des OVA. Mannheim vom 14. Oktobe
Ärztl. Vereinsbl. (1916) Nr. 1065.

53. *Otte*, *Ewald* (Ibbenbühren), Zur forensischen Würdig
psychopathischen Charakters bei Mördern. Inaug
Würzburg. 24 S. (S. 190*.)

54. *Pettker*, *Wilhelm*, Zur forensischen Beurteilung der Brand
bei jugendlichen Imbezillen. Inaug.-Diss. Kiel. 37 S. (S.

55. *Pollitz*, *P*. (Düsseldorf), Die Psychologie des Verbrechers.
Natur u. Geisteswelt. Bd. 248, 2. Aufl. 128 S. Leipzig, T
1,20 M.

56. *Postma*, *H*. (Zeist), Beitrag zur Kriminalität und zum schl
Betragen des Mädchens im Pubertätsalter. Verslag
jurid. Gezelschap, April-No.

56 a. *Prasse*, Zur strafrechtlichen Beurteilung des alkoholischen E
suchtswahns. Diss. Kiel. (S. 190*.)

57. *Pryll*, *Walter*, Zur Lehre vom Querulantenwahn und seine f
sische Bedeutung. Inaug.-Diss. Kiel. 67 S. (S. 19

58. *Putnam*, *James W*. (Buffalo, N. Y.), A unique murder case
application of new law governing expert testimony.
Americ. journ. of insan. vol. 72, no. 4, p. 659.

59. *Raecke*, *J*. (Frankfurt a. M.), Zur forensischen Beurteilung
katatonischen Demenz. (Ein Entmündigungsgutach
Arch. f. Psych. Bd. 56, H. 2, S. 522.

60. *Raecke*, *J*. (Frankfurt a. M.), Kindermißhandlung und Psy
pathie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39, H. 4, S.

61. *Raecke*, *J*. (Frankfurt a. M.), Zur Kenntnis und gerichtsärztlic
Beurteilung psychopathischer Zustände. Ärztl. Sachv
Nr. 22, S. 259. (S. 189*.)

62. *Reichardt*, *Martin* (Würzburg), Einführung in die Unfall- u
Invaliditätsbegutachtung. 576 S. Jena, G. Fischer. 19
(S. 191*.)



ichsausschuß für Kriegsfürsorge. Zwei Referate der Gruppe Nerven- und Geisteskrankheiten: I. *Hoche*-Freiburg: Über das Wesen und Tragweite der Dienstbeschädigung bei nervös und psychisch erkrankten Feldzugsteilnehmern. II. *Stier*-Bonn: Gewährung der Verstümmelungszulage bei Schädel- und Hirnläsionen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39, H. 6, S. 347 u. 367.

eukauf, *H.* (Waldheim), Morde und Mörder. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 5—30.

Rittershaus, Die psychiatrisch-neurologische Abteilung im Etappengebiet. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 32, H. 4/5. (S. 195*.)

osenberg, *W.* (Reichsgerichtsrat in Leipzig), Die Anrechnung des Aufenthaltes in einer Irrenanstalt auf die Strafzeit. Deutsche Strafrechtsztg. III, H. 1 u. 2.

Rothenhäusler, *O.*, Bewußtlos Aufgefundene. Zürich, Speidel und Wurzel. (S. 194*.)

Rumpf, Leitsätze zur Beurteilung von nervösen Unfallerkrankungen bei Entschädigungsansprüchen. Deutsche med. Wschr. Nr. 19. (S. 193*.)

Salmon, Recent psychiatric studies of criminals and delinquent review. Psychiatr. bull. of the N. Y. State Hosp. vol. 9, no. 2, p. 288.

Schlatter, *C.* (Zürich), Unfallmedizinische Lehren aus Kriegslazaretten und Invalidenschulen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 29.

Schmidt, Schizophrenie und Dienstbeschädigung. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 40, H. 4. (S. 195*.)

Schönitz, *Hans Erich*, Zur forensischen Beurteilung des pathologischen Rausches. Inaug.-Diss. Kiel. 49 S. (S. 190*.)

Schwan und *Mönkemöller*, Arbeitshaus und Landstreichertum. (Nach den Verhandlungen der 17. Versammlung der Hessischen Vereinigung für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie in Dieburg, 14. II. 1916.) Klinik f. psych. u. nervöse Krankh. Bd. 9, S. 305.

Schweiger, *R.*, Eklampsie und Unfall. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte. Jahrg. 46, S. 333.



71. *Serog* (Spa), Zwei Fälle von krankhafter Selbstbezicht... Simulation. Med. Klinik Nr. 42, S. 1100. (S...

72. *Siebert*, *Harald* (Libau), Über einen von einem Geiste... ausgeführten Raubmord. Allg. Ztschr. f. Psych... H. 5 u. 6, S. 485.

73. *Singer*, *Kurt* (Berlin), Allgemeines zur Frage der S... Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgeb... praktischen Medizin.) XVI, 6. 18 S. Würzburg, C. K... 1 M. (S. 188*.)

74. *Sonderegger*, *W*. (Zürich), Zeitbestimmungen nach d... medizinischen Methoden in dem Gebiete der Rechts... 136 S. Zürich, Speidel und Wurzel. 2,50 M. (S...

75. *Starlinger*, *Josef* (Mauer-Oehlnig), Referat über das E... mündigungsgesetz in Österreich. Psych.-neurol. ... Nr. 27, S. 189. (S. 191*.)

76. *Stearns*, *A. Warren* (Boston, Mass.), A survey of defectiv... quents unde the care of the Massachusetts State Bo... Insanity. The Americ. journ. of insan. vol. 72, no. 3...

77. *Stelzner*, *Helenefriederike* (Berlin), Die Kriegsverwendung... keit der psychisch Abnormen. Arch. f. Psych. Bd. 56... S. 880. (S. 196*.)

78. *Stiefler*, *Georg* (Linz a. d. Donau), Forensisch-psychia... Beobachtungen im Felde. Jahrb. f. Psych. Bd. 37. (S...

79. *Stier*, *Ewald* (Berlin), Zur militärischen Beurteilung der Ep... (Berl. Ges. f. Psych. u. Nervenkrankh., 10. VII... Eigenbericht: Neurol. Zentralbl. Nr. 15, S. 653. (S...

80. *Stier*, *Ewald* (Berlin), Zur militärischen Beurteilung d... Krankheitszustände, speziell der Epilepsie. Deutsche... Wschr. Nr. 38 u. 39, S. 1153 u. 1190. (S. 195*.)

81. *Strafella*, *Franz G.*, Das Generative im Verbrecher. ... Archiv Bd. 66, S. 289.

81a. Strafrechtszeitung, Deutsche, III. Jahrg., H. 1 u. 2 ... Otto Liebmann. (S. 188*.)

82. *Strasser*, *Charlot* (Zürich), Verantwortlichkeit und hyster... Dämmerzustand. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 4... (S. 189*.)

83. *Straßmann*, *F.* (Berlin), Neuere Erfahrungen über Familien...



in gerichtlich-psychiatrischer Beziehung. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Bd. 51, H. 4, S. 54. (S. 190*.)

:*mme*, *August*, Findet der § 56, Ziffer 1 der StrPO. „Unbeeidigt sind zu vernehmen usw." in unserer Rechtspflege genügende Berücksichtigung? Inaug.-Diss. Würzburg.

intemann, *W.* (Osnabrück), Tötung mehrerer Personen durch einen Epileptiker im Dämmerzustand, zugleich ein Beitrag zur Frage der unzweckmäßigen Unterbringung von Geisteskranken. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 5, S. 49. (S. 189*.)

'ramer, *M.* (Münsingen), Vaganten (Arbeitswanderer, Arbeitsmeider) einer „Herberge zur Heimat" in der Schweiz. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 35, H. 1/2, S. 1. (S. 190*.)

/iegener, *Johannes*, Über die forensische Bedeutung der progressiven Paralyse. Inaug.-Diss. Bonn.

Voß, *G.* (Crefeld), Zur Frage der Simulation bei Soldaten. Deutsche med. Wschr. Nr. 48, S. 1476. (S. 195*.)

. *Wagner*, Überblick über die in der Heil- und Pflegeanstalt Gießen behandelten nerven- und geisteskranken Soldaten. Münch. med. Wschr. Nr. 15. (S. 195*.)

Weber, *L. W.* (Chemnitz), Zur forensisch-psychiatrischen Beurteilung von Eheangelegenheiten. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 14, S. 157.

Weiler, *Carl* (München), Statistik von Heeresangehörigen, die geisteskrank oder minderwertig, strafbare Handlungen verüben. (Ärztl. Verein München, 15. XII. 1915.) Bericht: Berl. klin. Wschr. Nr. 10, S. 265.

a. *Weygandt*, Über die Frage des Zusammenhanges zwischen Unfall und Selbstmord. Ztschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Bd. 52, H. 1. (S. 193*.)

.. *Wilmanns* (Heidelberg), Dienstbrauchbarkeit der Psychopathen. Referat auf der Kriegstagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie, München 21. IX. 1916.) Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E.-Bd. 13, H. 3, S. 253.

2. *Zeller*, *Heinr.* (Staatsanwalt in Zürich), Das Strafrecht in seinen Beziehungen zur Individualpsychologie. Ztschr. f. Individualpsychologie Bd. 1, H. 6—9, S. 145.

I.

Die amtliche Totenschau auf Grund der Verhältnisse in den verschiedenen Ländern mit besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen im Kanton Zürich schildert *E. Hanhart* (26 a). Das kleine Buch gibt die gesetzlichen Bestimmungen in den wichtigsten europäischen Staaten wieder, Winke über die Feststellung der Todesursachen und die Schwierigkeiten dabei und schildert die gerichtlich-medizinische Bedeutung der Leichenerscheinungen für den Leichenschauer. Er tritt dafür ein, daß zum mindesten bei allen außergewöhnlichen Todesfällen die Leichenschau von beamteten Ärzten ausgeführt werden müsse, weil dem praktischen Arzt gewöhnlich die notwendige Übung und Erfahrung fehlt.

Sonderegger (74), der ebenso wie *Hanhart* und *Rothenhäusler* am gerichtlich medizinischen Institut zu Zürich arbeitet, gibt eine ausführliche Darstellung der Zeitbestimmungen nach biologisch-medizinischen Methoden in der Rechtsmedizin. Die Frage nach Zeitabständen, Pausen, Zeitperioden gehören ja zu den wichtigsten Rechtsfragen, welche dem Mediziner vorgelegt werden können, und es ist deshalb wichtig, die Methode zu kennen, mit denen man sie bestimmt und noch wichtiger, stets mehrere Methoden zu ihrer Bestimmung anzuwenden. Diese werden sowohl für die Zeitbestimmung am Lebenden wie an der Leiche eingehend geschildert.

Singer (73) gibt einige Beiträge zur Erkennung von Simulation geistiger und nervöser Störungen.

Die Fälle, in denen sich jemand aus krankhaften Motiven der Simulation bezichtigt, sind nicht allzu häufig, immerhin muß man daran denken, daß auch dieser Fall vorkommen kann. *Serog* (71) beobachtete zwei Kranke, einen depressiven und einen Katatoniker, welche beide angaben, sie seien bloß Simulanten. Sie waren aber vorher schon zweifelsfrei als geisteskrank erkannt und es war bei diesen Leuten leicht, ihre Selbstbezichtigung als einen Ausfluß ihrer krankhaften Geistestätigkeit zu erkennen. Der eine war so wenig Simulant wie der andere.

Birnbaum (8) zweifelt die Richtigkeit der Beweisführung *Mönkemöllers* in seiner vorjährigen Arbeit über die Simulation geistiger Störungen an. Er vermißt deren Beweiskraft, weil *Mönkemöller* seiner Ansicht nach die transitorischen Geistesstörungen, besonders die der Haft und auf degenerativer Basis nicht genügend berücksichtigt hat, ja sie in scheinbarer Unbekanntschaft mit ihrem Vorkommen häufig gerade als Beweis für Simulation verwandt hat. Er gibt deshalb nochmals eine genaue Schilderung der Haftpsychosen und degenerativen psychogenen Haftzustände. Diese werden häufiger im Gefängnis als in der Anstalt beobachtet und sind dem Anstaltspsychiater darum weniger geläufig. Trotzdem darf man sie nicht übersehen.

Die deutsche Strafrechtszeitung (81 a) stellt im 1. Doppelheft ihres 3. Jahrganges einen stattlichen, kleinen Band mit Beiträgen erster Autoritäten, ich nenne nur *Hoegel*, *Rosenberg*, *Köhne*, *Blaschko*, dar. Der Inhalt ist auch für den Psychicher von größtem Interesse: Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes auf die Strafzeit, Kriminalstatistik, die Jugendlichen, Prophylaxe der Rohheitsverbrechen und Prostituiertenüberwachung werden von Ärzten und Juristen erörtert.



Straßer (82) macht darauf aufmerksam, daß es auch nach schweizerischem Recht unzulässig ist, beamtete und vom Gericht bestellte Gutachten allein als unparteiisch anzusehen und Privatgutachten und die Bestellung von Privatärzten als Gutachten deswegen abzulehnen. Er sagt sehr richtig, daß nicht der Charakter als Beamter, sondern die Persönlichkeit, das Wissen und Können die Objektivität verbürgen.

II.

In einer Studie über Vergessen und Erinnern behandelt *Marx* (46 a) die Frage der retrograden Amnesie nach ihren pathophysiologischen und pathopsychologischen Ursachen. Mehrere besonders einleuchtende Beispiele aus seiner gerichtlichen Praxis zeigen die große Bedeutung einer genauen Kenntnis dieser Zustände in forensischer Beziehung.

Im Anschluß an die Ausführungen von *Marx* behandelt *Birnbaum* (6) die Frage der Verhandlungsfähigkeit bei Leuten mit retrograder Amnesie. Er steht auf dem Standpunkt, daß der Verlust der Erinnerung an die Einzelheiten und Zusammenhänge eines strafrechtlich zu ahndenden Vorganges in jedem Falle die intellektuelle Verarbeitung und verstandesmäßige Verwertung des Tatbestandes und alles dessen beeinträchtigt, was mit ihm zusammenhängt. Die Möglichkeit, daß der Angeklagte seine Gedächtnislücken aus der Beweisaufnahme ergänzt, bildet keinen vollwertigen Ersatz. Dazu kommt, daß jeder Fall vor Gericht noch besondere Beurteilung erheischt und so ergeben sich bei der Beurteilung der Frage der Verhandlungsfähigkeit bei Leuten mit retrograder Amnesie Schwierigkeiten über Schwierigkeiten. Es ist deshalb erwünscht, daß diese Frage einmal gründlich wissenschaftlich bearbeitet wird.

Raecke (61) teilt einen interessanten Fall von Pseudologia phantastica mit. Er zeigt, wie wertvoll für den Gerichtsarzt die Kenntnis psychopathischer Zustände ist, denn die verschiedenartige Beurteilung des Kranken durch die verschiedenen Gutachter macht vor Gericht immer einen der Medizin wenig vorteilhaften Eindruck. Man solle also dem Psychiater geben, was dem Psychiater gebührt.

Tintemann (85) hatte einen Epileptiker zu begutachten, welcher in einem Armenhause untergebracht war und dort in einem Anfall von Geistesstörung zwei Personen getötet und eine schwer verletzt hatte. Er kam in seinem Gutachten zur Annahme des § 51. Der Fall gibt einen Einblick in die oft zu beanstandeten Zustände in ländlichen Armenhäusern und *T.* weist mit vollem Recht darauf hin, daß Personen wie der Täter nicht in solche Häuser, sondern in Anstalten gehören.

III.

Kuhlgatz (42 a) beschäftigt sich in seiner Dissertation mit dem Vorkommen von Selbstmord und Verbrechen bei Melancholie. Verbrechen gegen dritte ist bei Melancholischen etwas seltenes, der Selbstmord und der Versuch dazu dagegen sehr häufig. 50 % aller melancholischen Frauen und 25 % der Männer hatten den Versuch gemacht, ihrem Leben ein freiwilliges Ende zu setzen. Die Hälfte von ihnen versuchte es zweimal und ein nicht unerheblicher Prozentsatz sogar dreimal. Dies ist eine ernste Mahnung zur frühzeitigen Anstaltsbehandlung.



Die Kasuistik des Querulantenwahnsinns vermehrt *Pryll* (57) durch ausführliche Beschreibung eines wegen Amtsverbrechens und vieler anderer Straftaten verfolgten Mannes.

Der Fall von alkoholischem Eifersuchtswahn, den *Prasse* (56 a) in seiner Dissertation behandelt, beschreibt einen Trinker, der an Eifersuchtswahn und später an Erregungszuständen alkoholischer Art gelitten hat. Der Mann schoß in einem solchen Zustande auf seine Frau. Der § 51 konnte ihm nicht zugebilligt werden, wohl aber wurde auf geminderte Zurechnungsfähigkeit erkannt.

Nach *Dücks* (16 a) Untersuchungen an hundert Kriminalfällen steht hinter den anonymen Schreiben mit sexuellem Inhalt meist eine Frau, hinter denen ohne sexuellem Inhalt meist ein Mann. Die Frau neigt überhaupt mehr zum Lügen, Verheimlichen usw., während der Mann auch im Verbrechen seine Kampfnatur nicht verleugnet.

Pettker (54) schildert die Straftaten und den Geisteszustand zweier imbeziller Brandstifter, von denen der eine auch noch an Epilepsie litt und *Schönitz* (68) berichtet über drei pathologische Trinker.

Straßmann (83) berichtet über einige weitere Fälle von Familienmord durch geistig abnorme Personen. Im ersteren Falle hatte ein schwer belasteter Degenerierter in einem Zustande von Verfolgungswahn seine Angehörigen erschossen bzw. schwer verletzt. Die beiden anderen Fälle betreffen geistig debile Frauen, welche sich des erweiterten Selbstmordes schuldig gemacht hatten.

Ottes (53) Dissertation beschäftigt sich mit dem psychopathischen Charakter bei Mördern. Auf Grund seiner Kriminalfälle hält er die psychiatrische und kriminologische Untersuchung jedes Mörders auf seinen Geisteszustand für notwendig. Damit soll nicht gesagt sein, daß jeder Schwerverbrecher unter den § 51 fällt. Aber immerhin ist es notwendig, auch die Person des Täters zur Klarstellung der Motive zur Tat genau zu erforschen.

Die Vaganten einer schweizerischen Herberge zur Heimat hat *Tramer* (86) auf ihre Kriminalität und geistige Verfassung untersucht und schildert die Resultate in einer umfangreichen Dissertation. Er unterscheidet a) Arbeitswanderer, b) Wanderarbeiter und c) Arbeitsmeider. Dies sind die eigentlichen Landstreicher im engeren Sinne. Die Prognose bei a ist gut, bei b mittel und bei c schlecht. Alle möglichen Geisteskrankheiten kommen bei ihnen vor, sie sind meist mit Alkoholismus väterlicherseits belastet. Die meisten waren ledig, fingen früh an zu walzen (im 15. bis 25. Lebensjahre) und zeigten meist schon vorher geistige Störungen. Gegen diese hilft nur Arbeitszwang in Anstalten.

Mönkemöller (48) hat die in der Provinz Hannover untergebrachten schulpflichtigen Fürsorgezöglinge auf ihre Kriminalität und Geistesbeschaffenheit untersucht. Er berichtet darüber in ausführlicher Weise und macht Vorschläge für bessere Anwendung und Durchführung des Fürsorgegesetzes.

Mitten im Weltkriege findet *Numa Praetorius* (51 a) Zeit, den Streit um die Homosexualität Walt.. Whitmans im „Mercure de France" und den „Archives d'anthropologie criminelle" zu erörtern. Einer solchen Tat ist nur ein Deutscher fähig.

IV.

In Österreich ist während des Krieges eine neue Entmündigungsordnung herausgekommen, welche von *Herrmann* (29) und *Starlinger* (75) erläutert und kritisiert wird. *Herrmann* besorgt das vom Standpunkt der Juristen, während *Starlinger* nur einen kurzen Hinweis auf den psychiatrischen Anteil daran gibt. *Herrmanns* Büchlein ist eine gute Einführung in das Gesetz.

V.

Martin Reichhardt (62) in Würzburg hat ein gut 500 Seiten starkes Buch bei Fischer in Jena erscheinen lassen, das er Einführung in die Unfall- und Invaliditätsbegutachtung nennt. Es ist zum Gebrauch für Ärzte und Studierende gedacht und enthält keine erschöpfende Darstellung des umfangreichen Gebietes, sondern behandelt mit Auswahl die Kapitel der Materie, welche für den angehenden Gutachter von Bedeutung sind. Mit ganz besonderer Sorgfalt sind die dem Anfänger oft rätselhaften psychologischen und psychopathologischen Erscheinungen behandelt, welche uns in der Rentengutachtertätigkeit so häufig begegnen und deshalb unbedingt bekannt sein müssen. Überhaupt befaßt sich das Buch vorwiegend mit der Technik der Begutachtung, es will dem angehenden Gutachter lehren, stets den ganzen Menschen und nicht nur ein Symptom an ihm zu beurteilen und ihm ferner den Unterschied klar machen, der zwischen dem Arzt als wohlwollender Berater und dem Arzt als Gutachter besteht. Er darf wie *Reichhardt* betont, in diesem Falle nichts anderes sein als der unparteiische medizinische Sachverständige. Gewisse, in der Praxis häufig wiederkehrende Fehler in der Begutachtung ließen es *R.* ferner wünschenswert erscheinen, daß der Anfänger auf solche Fehler aufmerksam gemacht wird und ihm gezeigt wird, wie er sie vermeidet. Diesem Gedankengange entsprechend hat *R.* seinem Buche eine Einleitung vorausgeschickt, in der er im allgemeinen das Verhalten des Arztes bei der Gutachtertätigkeit erörtert. Das erste Kapitel ist den Aufgaben des behandelnden Arztes und in der ersten Zeit nach dem Unfalle gewidmet, das zweite dem Studium der Unfallakten, das dritte schildert die Technik der Untersuchung des menschlichen Körpers sowie der Leichenöffnung. Im vierten Kapitel äußert *R.* seine Ansicht über die Ursachen von Krankheiten und den Anteil, den ein Unfall daran haben kann. Das fünfte befaßt sich mit der Schätzung der Erwerbsfähigkeit, das sechste mit der Technik der Erstattung von Gutachten und das letzte mit der Invaliditätsbegutachtung. Die eigentlichen Krankheitsbilder, die jeder aus den Lehrbüchern der Medizin, Psychiatrie, Neurologie usw. lernen bzw. rekapitulieren kann, sind nicht in dem Buche aufgeführt, das dadurch von dem üblichen Schema abweicht und, wie mich dünkt, nicht zu seinem Nachteile. In dem Buche ist soviel wertvolles Beobachtungs- und Erfahrungsmaterial zusammen getragen, daß es auch dem Geübten Vergnügen bereitet, es zu studieren. Für den Anfänger ist besonders die schrittweise, alles Wichtige berücksichtigende Art der Einführung in das wichtige Gebiet der sozialen ärztlichen Tätigkeit angenehm und wertvoll, ebenso das erschöpfende Sachregister.

Horn (35a), dem wir es verdanken, daß mit manchen Vorurteilen und vorgefaßten Meinungen auf dem Gebiete der Versicherungsmedizin allmählich



aufgeräumt wird, und der nicht müde wird, immer neue Probleme auf diesem Gebiete und seiner klaren und gerade aufs Ziel losgehenden Art zu erörtern hat die Beziehungen zwischen Unfall und Arteriosklerose zum Gegenstande einer kurzen, aber eingehenden Arbeit gemacht. Er legt sich zunächst drei Fragen vor, nämlich: 1. Kann eine Arteriosklerose durch traumatische Einflüsse entstehen, ausgelöst oder verschlimmert werden? 2. Wie ist eine traumatisch bedingte Arteriosklerose begutachtungstechnisch zu bewerten? 3. Kann das Bestehen einer nicht traumatisch bedingten Arteriosklerose die Beurteilung anderweitiger Unfallfolgen beeinflussen?

Nach einer schönen Darstellung der Entstehungsursachen der Arteriosklerose der Begutachtungstechnik und des Einflusses der Arteriosklerose auf Unfallfolge, faßt er seine Ausführungen dahin zusammen: 1. Die Arteriosklerose ist die Resultante aus einem Komplex verschiedenartiger Bedingungen. Sie stellt eine mit vorschreitendem Alter zunehmende Abnutzungserscheinung dar, deren Entwicklung begünstigt wird in der Hauptsache durch trophisch-toxisch-infektiöse, in geringerem Grade auch durch mechanische Schädlichkeiten. Bei der Unfallbegutachtung sind Schädlichkeiten direkter und indirekter Natur zu unterscheiden. 2. Unter den direkten Schädlichkeiten sind hervorzuheben: a) mechanische (z. B. Schädelbasisbrüche mit folgender lokalisierter Gehirnarteriosklerose, schwere Brustkorbquetschung mit Aneurysma oder Konorarsklerose, lokale Kontusion mit umschriebener peripherer Arteriosklerose), b) chemische, speziell toxische und bakterielle Einwirkungen (Gaseinatmung, schwere Verbrennung, posttraumatische Infektionen). 3. Unter den indirekten Schädlichkeiten kommen vor allem in Betracht: a) Gewalteinwirkungen mit plötzlicher starker Blutdruckerhöhung (Heben schwerer Lasten, starke Durchnässung oder Überhitzung, schroffer Wechsel der Temperatur und Gaseinatmung), b) psychisch-nervöse Einflüsse mit dauernder funktioneller Gefäßüberlastung (Steigerung und Labilität von Puls und systolischem Blutdruck). 4. Die Gewalteinwirkungen mit plötzlicher starker Blutdruckerhöhung führen meist nur zur Auslösung lokaler Folgeerscheinungen bei schon erkrankten Gefäßen (z. B. Apoplexie), nicht zu traumatisch bedingter progredienter Verschlimmerung der Arteriosklerose als solcher — ein unfallrechtlich wichtiger Unterschied. 5. Indirekt, speziell durch psychisch-nervöse Einflüsse (Unfallneurosen) bedingte Schlagaderwandverhärtung kommt ebenso wie Arteriosklerose nach direkten Schädlichkeiten als entschädigungspflichtige Unfallfolge nur selten in Betracht. Für einen Unfallzusammenhang sprechen im ersteren Falle jugendliches Alter, rasche Entwicklung der Arteriosklerose und Nachweis ständiger funktioneller Gefäßüberlastung bei Ausschluß sonstiger Schädlichkeiten. 6. Begutachtungstechnisch ist von Wichtigkeit außer der Unterscheidung, ob traumatische Auslösung lokaler Folgen oder traumatische Verschlimmerung der Arteriosklerose (vgl. 4) die Wahl des Entschädigungsverfahrens. Zur einmaligen Kapitalabfindung geeignet erscheinen nur solche Fälle von traumatisch bedingter Arteriosklerose, die keine Tendenz zur Verschlimmerung zeigen. Bei Fällen mit zweifelhafter Prognose, vor allem bei Gehirnarteriosklerose, Koronarsklerose, aber auch bei fortschreitender allgemeiner Arteriosklerose nach Unfall ist stets Rentengewährung am Platze. 7. Eine nichttraumatische Arteriosklerose pflegt auf anderweitige Unfallfolgen oft heilungshemmend zu wirken.



vor allem dann, wenn sie selbst mit schwerwiegenderen Erscheinungen (starker Blutdruckerhöhung, Myodegeneratio, Schrumpfniere) einhergeht; insbesondere hat bei Kopftraumen komplizierende Arteriosklerose stärkeren Grades vielfach einen schädlichen Einfluß, kann auch selbst durch das Trauma ausgelöst oder verschlimmert werden. 8. Die Erwerbsbeschränkung bei Arteriosklerose schwankt in weitesten Grenzen. Berücksichtigung der Arbeitsauskünfte ist zu empfehlen.

Rumpf (65 b) gibt kurze Leitsätze für Ärzte, Behörden und Versicherungsgesellschaften zur Beurteilung und Behandlung von nervösen Unfallerkrankungen bei Entschädigungsansprüchen. Rasche Erledigung der Rechtsansprüche, genaueste Untersuchung des Verletzten bald nach dem Unfall, Anstrebung eines Vergleichs zur Kapitalabfindung und im Falle der Ablehnung des Vergleiches eine fallende Rente von nicht zu langer Dauer sind seine Hauptforderungen.

Zu ähnlichen Schlüssen kommt *Hoche* (32), der sich mit dem Wesen und der Tragweite der Dienstbeschädigung bei nervös und psychisch erkrankten Feldzugsteilnehmern beschäftigt, für das Militärrentenverfahren. Die kurze, aber eingehende Studie ist im Auftrage des Reichsausschusses für Kriegsbeschädigtenfürsorge verfaßt und erörtert die Frage sehr gründlich und praktisch.

Horn (35) hält angesichts der riesigen Ausgaben, welche die Haftpflicht der Eisenbahn verursacht, eine bessere Aufklärung der Ärzte, Anwälte und Richter sowie der Allgemeinheit über das Wesen der Unfallneurosen für notwendig. Die Preußisch-Hessische Eisenbahnverwaltung hatte in 5 Jahren nicht weniger als 38 614 901 Mark für Renten, Abfindungen und Heilverfahren einschließlich der Gutachter- und Prozeßkosten zu zahlen, obwohl der größte Teil der Ansprüche von Neurotikern gestellt wurde, deren Leiden erfahrungsgemäß weder ernst noch dauernd zu sein pflegt. Unter diesen waren bedauerlicherweise noch etwa $^3/_5$ aller Untersuchten Leute, bei denen sich objektiv Simulation nachweisen ließ. Er hält eine zeitgemäße Umgestaltung der Haftpflichtgesetze nach dem Stande der heutigen Wissenschaft für unerläßlich, empfiehlt bis dahin, das Abfindungsverfahren aufs Wärmste und die Untersuchung durch Ärztekommissionen. Auf jeden Fall müßte ein obligatorischer Sühneversuch der Einleitung eines Haftpflichtprozesses voraufgehen, weil ein Prozeß die Heilung nur verzögert.

Die schwierige Frage nach dem Einfluß, welche ein Unfall bei der Begehung von Selbstmord gehabt haben kann, erörtert *Weygandt* (90 a) an der Hand eines Falles. Er kam in seinem Gutachten zu der Ansicht, daß der Kläger schon vor dem Unfalle an anfallsweise auftretenden Zuständen geistiger Reizbarkeit gelitten hätte, daß der Unfall ein Ausfluß dieser Reizbarkeit gewesen sei und mithin der Selbstmord nicht auf den Unfall, sondern auf die abnorme Veranlagung des Selbstmörders zu beziehen wäre. Die Rentenansprüche waren in diesem Falle abzulehnen und, wie sich später zeigte, sehr mit Recht. *Weygandt* macht auf die prinzipielle Wichtigkeit des Falles hinsichtlich des Volksganzen und der zahlreichen Kriegsinvaliden aufmerksam.

Engelen (16 c), der seit langem dem Unfallneurotiker mit dem Rüstzeug des psychologischen Laboratoriums zu Leibe geht, hat sich von seiten der Militärverwaltung ein solches Laboratorium einrichten lassen, von dem er sich besonders viel verspricht.

Engelen und *Rangette* (17) haben zahlreiche experimentell-psychologische Versuche an Unfallverletzten und Soldaten gemacht, aus denen sie schließen zu können glauben, daß das Assoziationsexperiment eine brauchbare Handhabe zum Nachweis der Simulation bietet. Die Versuche werden geschildert und kritisch gewürdigt.

Engelen (16 b) befürwortet die somatische Behandlung der Unfallneurotiker. Der Arzt müsse stets von dem Grundsatz ausgehen, daß Körper und Geist des Menschen eine Wesenseinheit seien und dürfe deshalb auch bei rein psychogenen Erkrankungen, wie den Neurosen, die Behandlung der körperlichen Funktionen nicht vergessen. Er gibt dann zahlreiche Fingerzeige, wie man mit den verschiedenen Formen der Behandlung Erfolge erzielen kann und was die einzelnen Zweige der Therapie bei den Neurosen leisten. Arzneiliche, diätetische, elektrische und psychologische Therapie leisten in den für sie geeigneten Fällen oft gutes auch in bezug auf die rein geistigen Krankheitserscheinungen.

A. Hauptmann (27) nahm in einem Falle von Muskeldystrophie eine Verschlimmerung durch ein psychisches Trauma (Granatexplosion) an.

Friedrich Leppmann (45 a) untersucht an der Hand eines großen Materials die Entstehung einer Tabes nach Trauma. Eine reine traumatische Tabes hat er nie beobachtet. Die Entstehung einer Tabes durch Unfall bei vorhandener Syphilis hält er nach seinen Fällen für sehr zweifelhaft, dagegen hält er die Verschlimmerung einer bestehenden Tabes durch einen Unfall für möglich. Die Verwechslung von Tabes und Paralyse kann zu Irrtümern bei der Unfallbegutachtung führen und schließlich darf man nicht übersehen, daß neben einer Tabes auch nervöse Unfallfolgen entstehen und bestehen können. In allen Fällen, in denen Tabes und Unfall in Zusammenhang gebracht werden, sei man sehr vorsichtig.

Rothenhäusler (65 a) befaßt sich mit den Rechtsnachteilen, welche Bewußtlos-Aufgefundenen aus mangelhafter Behandlung entstehen können und insbesondere ihre Nachteile für die Kranken- und Unfallversicherung. Er schildert die Ursache der Bewußtlosigkeit, die kriminellen Vergiftungen und andere zur Bewußtlosigkeit führende Zustände und krankhafte Störungen. Auch der medizinische Tatbestand und die Rechtsfragen finden eine eingehende Würdigung. Zum Schlusse werden die Situationen geschildert, wo Bewußtlose häufig aufgefunden werden und die Differentialdiagnose der Bewußtlosigkeit.

VI.

Hübner (36) schildert an praktischen Beispielen die Entstehung von Psychosen infolge des militärischen Dienstes und erläutert ihren Zusammenhang oder ihre Entstehung unabhängig vom Kriege und seinen Begleiterscheinungen. Auch die Unterscheidung, ob Kriegs- oder Friedensdienstbeschädigung vorliegt, wird erläutert, auf die Wichtigkeit einer genauen Vorgeschichte hingewiesen, die Frage der Rentenabschätzung geprüft, kurz, *Hübner* versteht es, auf wenigen Druckseiten alles wesentliche über die Fragen der Kriegsdienstbeschädigung mit kurzen Worten und sehr anschaulich auseinanderzusetzen.



Wer mit den ja leider nicht so seltenen Störungen der Hirnfunktion bei Schädel- und Hirnläsionen der Kriegsteilnehmer im Militärrentenverfahren zu beschäftigen hat, der lese *Stiers* (80) Arbeit über dies Thema. Sie gibt in kurzen Worten die Folgeerscheinungen der Hirnverletzungen und die Voraussetzungen, mit denen Verstümmelungszulage gewährt werden kann.

Nach *Schmidts* (67 a) Darstellung der Beziehungen zwischen Schizophrenie und Dienstbeschädigung gehört: 1. Die Mehrzahl aller im Felde auftretenden psychischen Erkrankungen trotz gewisser Ähnlichkeiten im klinischen Bild nicht zur Schizophrenie. Eine eingehende psychiatrische Beobachtung wird in längerer oder kürzerer Zeit immer den nichtschizophrenen Charakter derartiger Krankheitsbilder aufdecken. 2. Bei den relativ wenigen „echten“ Schizophrenien, die bei einer derartigen kritischen Ausmusterung übrig bleiben, ist der kausale Zusammenhang zwischen Schizophrenie und Krieg hinsichtlich der Dienstbeschädigung nach dem heutigen Stande unseres Wissens abzulehnen, gleichgültig, ob bereits vor dem Kriege Störungen psychischer Art bestanden, oder ob das Auftreten der Erkrankung zeitlich in den Krieg fällt. 3. Eine Ausnahme machen nur diejenigen Fälle, bei denen eine schwere Schädelverletzung unter Mitbeteiligung der Hirnmasse der Erkrankung zeitlich vorausging.

Eine sehr genaue Darstellung der Beziehungen zwischen Militärdienst und Epilepsie nach den neuesten Bestimmungen gibt *E. Stier* (79). Diensttauglichkeit, Dienstbeschädigung und Rentenfestsetzung werden eingehend erörtert, auch die einzelnen klinischen Formen der Epilepsie finden ihre Würdigung.

Wagner (88 a) hat in der Gießener Klinik 231 Soldaten behandelt, von denen ¾ Neurastheniker und Hysteriker waren, der Rest entfiel auf Schwachsinnige, Epileptiker, Kopftraumen und Geisteskranke. Die Behandlung der einzelnen Formen wird geschildert.

Kastan (39) hat 100 Fälle von geisteskranken Soldaten, die in der Königsberger Klinik während des Krieges beobachtet wurden, zu einer umfangreichen Studie über die strafbaren Handlungen psychisch-kranker Angehöriger des Feldheeres verarbeitet. Von den 1249 eingelieferten Soldaten waren 150 nicht geisteskrank. Von dem Rest hatten 96 = 9 % strafbare Handlungen begangen. Unter diesen befanden sich 50 % Alkoholisten. Es zeigten sich die altbekannten Krankheitsbilder: Imbezillität (20), Dementia praecox (13), Epilepsie (4), der Rest entfiel auf degenerative Zustände (29) und alkoholische Störung (40).

Rittershaus (64 a) und *Levy-Suhl* (45 b) berichten über die Einrichtungen von Abteilungen für geisteskranke Soldaten im Felde und die darin gemachten Beobachtungen.

Unter unseren Soldaten sah *Voß* (88) nur selten Simulation, häufiger Übertreibung. Auch unter den simulationsverdächtigen Leuten fanden sich wenig Simulanten, meist handelte es sich um übertreibende Kranke. In allen diesen Fällen ist Beobachtung und fachärztliche Begutachtung notwendig, ganz besonders bei den Schädel- und Hirnverletzten.

Gutzmann (23 a) schildert in einer sehr anregenden kleinen Arbeit die Stimm- und Sprachstörungen im Kriege und ihre Behandlung. Er befaßt sich sowohl mit den funktionellen wie mit den organisch bedingten Störungen.



Helenefriederike Stelzner (77) hat an dem bunten Völkergemisch der österreichischen Armee Studien über die Kriegsverwendungsfähigkeit der psychisch Abnormen gemacht, die auch viele interessante rasse-psychologische Schilderungen bringen.

Auch *Stiefler* (78) berichtet über forensisch-psychiatrische Beobachtungen bei der österreichisch-ungarischen Armee, und zwar über lauter Kranke aus dem Kampfgebiet um Przemysl, die dort während der Jahre 1914/15 zur Untersuchung kamen. Auch bei diesen Leuten sind die gleichen Krankheitsformen und Delikte beobachtet, wie bei denen aus dem Friedensstande.

---

9. Psychologie und Psychophysik.

Ref.: M. Isserlin-München.

1. *Abbot*, The biological point of view in Psychology and Psychiatry. Psychological Review vol. 23, no. 2, 1916.
2. *Abraham, Otto*, Töne und Vokale der Mundhöhle. Ztschr. f. Psychol. Bd. 74, S. 220.
3. *Achenbach, Ernst*, Experimentalstudie über Abstraktion und Begriffsbildung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 35, S. 409. (S. 203*.)
4. *Ahlfeld, F.*, Traum und Traumformen. Ein Beitrag zur Frage der Entstehung des Traumes und seiner Bilder. Leipzig, Fr. W. Grunow. 34 S. 1 M.
5. *Arps, George*, A marked case of double inversion. Americ. Journ. of Psychol. vol. 27, p. 203.
6. *Baade, Walter*, Über psychologische Darstellungsexperimente. 1. Darstellung, Herstellung, Enthüllung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 35, S. 1.
7. *Becher, Erich*, Über physiologische und psychistische Gedächtnishypothesen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 35, S. 125.
8. *Benussi, V.*, Versuche zur Analyse taktil erweckter Scheinbewegungen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 36, S. 59.
9. *Bliss, Sylvia*, The significance of Ckothes. Americ. Journ. of Psychol. vol. 27, p. 217.
10. *Boden, F.*, Ethische Studien. IV. Die geschichtliche Bedingtheit des Moralischen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 35, S. 24.



nans und *G. Heymans*, Versuche über Benennungs- und Lesezeiten. Ztschr. f. Psychol. Bd. 77, S. 92. (S. 203*.)

man, Crosby and *Nolan, Willis J.*, Initial spurt in a simple mental function. Americ. Journ. of Psychol. vol. 27, p. 256.

:, *Helen*, Visual imagery and attention. Americ. Journ. of Psychol. vol. 27, p. 461.

ırd, H. E., and *Arps, G. F.*, An experimental study of economical learning. Americ. Journ. of Psychol. vol. 27, p. 507. (S. 203*.)

'enbach, K. M., The measurement of attention in the field of cutaneous sensation. Americ. Journ. of Psychol. vol. 27, p. 443. (S. 202*.)

soir, M. (Berlin), Kriegspsychologische Betrachtungen. Leipzig, S. Hirzel. 47 S.

ɔley, Lucide, A study in correlation of normal complexes by means of the association method. Americ. Journ. of Psychol. vol. 27, p. 119.

ggelet, H. , Ein Beitrag zur Frage der Anisometropie. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 49, S. 326.

ıcken, R. (Jena), Ethische Aufgaben der Gegenwart. Vortrag, gehalten 6. I. 1916 in der neuen Aula der Universität Berlin. Alkoholfrage Jahrg. XII, H. 1.

ılenburg, A. (Berlin), Moralität und Sexualität in der nachkantischen Philosophie. Ztschr. f. Sexualwissensch. Bd. 3, H. 1 u. 2.

ulenburg, A. (Berlin), Moralität und Sexualität. Sexualästhetische Streifzüge im Gebiete der neueren Philosophie und Ethik. Bonn, Markus u. Weber. 92 S.

'oster, W. S., and *Roese*, The threedimensional theory of feeling from the standpoint of typical experiences. Americ. Journ. of Psychol. vol. 27, p. 157.

Freud, S., Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. I. Teil. Vorlesung I—IV (Einleitung, Fehlleistungen). Leipzig-Wien, H. Heller & Co. (S. 203*.)

Freud, S., Über Psychoanalyse. Fünf Vorlesungen, gehalten zur 20 jährigen Gründungsfeier der Clark University in Worcester,



Mass., September 1909. 3. Aufl. Leipzig und Wien, Fr. Deuticke. 62 S. 1,80 M. (S. 203*.)

26. v. *Frey*, *M.* (Würzburg), Die physikalischen und psychologischen Grundlagen der Gewichtsschätzung. Arch. f. Anthropol. S. 342. (S. 202*.)

27. v. *Frey*, *M.* (Würzburg), Warum pflegt ein kaltes Gewicht schwerer zu erscheinen als ein gleich großes warmes? Sitzungsber. d. Physikal. med. Ges. zu Würzburg, Sitzung vom 18. Mai 1916. (S. 202*.)

28. v. *Frey*, *M.* (Würzburg), Die *Weber*sche Täuschung oder die scheinbare Schwere kalter Gewichte. Ztschr. f. Biologie Bd. 66, H. 10 u. 11.

29. v. *Frey*, *M.* (Würzburg), Versuche über die Wahrnehmung erzwungener Bewegungen. Sitzungsber. d. Physikal. u. med. Ges. zu Würzburg, Sitzung vom 8. VII. 1915.

31. *Gans*, *A.* (Duin en Bosch), Über Tastblindheit und über Störungen der räumlichen Wahrnehmungen der Sensibilität. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 31, H. 4/5, S. 303.

32. *Gießler*, *C. M.*, Analyse des Schreckphänomens. Ztschr. f. Psychol. Bd. 74, S. 232.

33. *Goddard*, *Henry H.*, Die Formentafel als Maßstab der intellektuellen Entwicklung der Kinder. Eos vol. 12, p. 72.

34. *Goldscheider*, *A.* (Berlin), Über die physiologische Psychologie der Willensvorgänge. Ztschr. f. Psychol. Bd. 75, S. 273.

35. *Goldschmidt*, Die Frage nach dem Wesen des Eigenlichtes, ein Hauptproblem der psychologischen Optik. Psychol. Studien Bd. 10, S. 101.

36. *Grundland*, *Sara*, Reaktionsversuche am Federergographen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 35, S. 252. (S. 203*.)

37. *Hall*, *Stanley G.*, Synthetic genetic study of fear. The Americ. journ. of psychol. Rep.: The journ. of nerv. and mental dis. vol. 43, no. 5, p. 474.

38. *Harold E. Burtt*, Factors which influences the arousal of the primary visual memory image. Americ. Journ. of Psychol. vol. 27, p. 87.

39. *Hellmuth*, *R.*, Beobachtungen über exemplarische subjektive, optische Phänomene. Ztschr. f. Psychol. Bd. 76, S. 289.



ning, Hans, Der Geruch. I. II. III. Ztschr. f. Psychol. Bd. 74, S. 305 u. Bd. 76, S. 1 u. 177. (S. 202*.)

ning, Hans, Künstliche Geruchsfährte und Reaktionsstruktur der Ameise. Ztschr. f. Psychol. Bd. 74, S. 161.

mans, G., In Sachen des psychischen Monismus. Ztschr. f. Psychol. Bd. 75, S. 54.

richsen, Otto, Zur Psychologie der Dementia praecox. Ztschr. f. Individualpsychol. Bd. 1, S. 207.

rschfeld, Magnus (Berlin), Kriegspsychologisches. Deutsche Kriegsschriften H. 20. Bonn, E. Marcus & Weber. 32 S.

pp, M. (Berlin), Über Hellsehen. Eine kritisch-experimentelle Untersuchung. Inaug.-Diss. Königsberg. 127 S.

cobbsen, Malte, Über die Erkennbarkeit optischer bei gleichem Netzhautbild verschiedener scheinbarer Größe. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorgane, 1. Abt., Bd. 77, H. 1 u. 2, S. 1.

Kaplan, Leo (Zürich), Psychoanalytische Studien. Leipzig und Wien, Fr. Deuticke. 172 S.

Kirschmann, A., Über die Herstellung monochromatischen Lichtes in größeren Flächen. Psychol. Studien Bd. 10, S. 185.

Köhler, F., Kulturwege und Erkenntnisse. Zwei Bände. Leipzig, Joh. A. Barth. 766 S.

Kraß, Über neue Tasttäuschungen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 35, S. 153.

Kretschmer, Johannes, Die Psychologie der Kulturgeschichte und die Völkerpsychologie. Deutsche Psychol. Bd. I, S. 30.

v. Kries, J., Messende Versuche über die Funktionsstellung im Sehorgan. Ztschr.f. Sinnesphysiol. Bd. 49, S. 297.

Kutzner, O., Kritische und experimentelle Beiträge zur Psychologie des Lesens mit besonderer Berücksichtigung des Problems der Gestaltqualität. Mit 11 Figuren (Kurven) im Text. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 35, S. 157. (S. 203.)

Legahn, Fr. A., Entwicklungsgeschichte des Bewußtseins (auf physiologischer Grundlage). Leipzig und Berlin, Wilh. Engelmann. 554 S.

Lindworski, S. J. Johannes, Das schlußfolgernde Denken. Er-



ganzungshefte zu den Stürmen der Zeit. Zw
Forschungen H. 1. (S. 203*.)

56. *Marx*, *Hugo* (Berlin), Erinnern und Vergessen. Ztschr.
ther. u. med. Psychol. Bd. 6, H. 5/6, S. 275.

57. *Messer*, *A.*, Psychologie. Bd. 13 der Folge: „Das W
Gegenwart“, herausgegeben von K. Lamprecht
Helmolt. Stuttgart, Deutsche Verlagsanstalt. 395 S.

58. *Moore*, *Henry T.*, A method of testing the strength of
Americ. Journ. of Psychol. vol. 27, p. 227.

59. *Müller*, *L. A.*, Das Gedächtnis und seine Pflege. Stuttgart
89 S.

60. *Müller-Freienfels* (Berlin), Das Denken und die Phantasie
logische Untersuchungen nebst Exkursen zur Psy
logie, Ästhetik und Erkenntnistheorie. Leipzig, Joh.
341 S.

61. *Münsterberg*, *Hugo* †, Psychology, general and applied. N
and London 1915, D. Appleton Co.

62. *Myers*, *C.* und *E.*, Reconstructive recall. Americ. J
Psychol. vol. 427, p. 493.

63. *Neuer*, *A.*, Wandlungen der Liebe. An *C. G. Jungs* Versu
Darstellung der psychoanalytischen Theorie auf
Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. 7, S. 26.

64. *Nash Curtis*, *Josephine*, Duration and the temporal ju
Americ. Journ. of Psychol. vol. 27, p. 1.

65. *Peters*, *J.*, Über Vererbung psychischer Fähigkeiten. Au
schritte d. Psychologie und ihrer Anwendungen Bd. 3.

66. *Petzoldt*, *J.* (Spandau), Die biologischen Grundlagen der P
logie. Ztschr. f. positivistische Philos. Jahrg. 2.

67. *Pick*, *A.* (Prag), Bewegung und Aufmerksamkeit. Monatsch
Psych. u. Neurol. Bd. 40, S. 65.

68. *Pick*, *A.*, Historische Notiz zur Empfindungslehre nebst
merkungen bezüglich ihrer Verwertung. Ztschr. f. Psy
Bd. 76, S. 232.

69. *Pikler*, *Julius*, Über verdoppelnde und vereinfachende K
matographie und die kinematographische Natur des
kularen Sehens. Ztschr. f. Psychol. Bd. 75, S. 145. (S.



mann, *J.*, Säkuläre Veränderlichkeit des Dezimalfehlers. Ztschr. f. Psychol. Bd. 77, S. 111.

ow, *Ralph*, Zur Psychologie der Transvestie. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 36, S. 137.

schburg, *Paul*, Die Leseschwäche (Legasthenie) und Rechenschwäche (Arithmasthenie) der Schulkinder im Lichte des Experiments. Zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Pädagogik u. Med. Herausgegeben von *Th. Heller* und *G. Leubuscher* †. H. 7. Berlin, Jul. Springer. 69 S. 2,80 M. (S. 203*.)

effert, *Joh. Bapt.*, Grundlegung einer psychogenetischen Theorie der Raumwahrnehmung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 76, S. 145.

Rubiner, *Ludwig*, Zur Krise des geistigen Lebens. Ztschr. f. Individualpsychol. Bd. 1, S. 231.

uckmich, *Christian*, New laboratory equipment. Americ. Journ. of Psychol. vol. 27, p. 530.

chuchardt, *Hugo*, Zur Psychologie der Erinnerung. H. Groß' Archiv Bd. 65, S. 137.

imons, *Erich*, Die Entwicklung der Gefühlspsychologie in der Philosophie bis auf Tetens. Inaug.-Diss. Philos. Fakultät Gießen.

Sterzinger, *Othmar*, Rhythmische Ausgeprägtheit und Gefälligkeit musikalischer Sukzessivintervalle. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 35, S. 75.

Sterzinger, *Othmar*, Rhythmische und ästhetische Charakteristik der musikalischen Sukzessivintervalle und ihre ursächlichen Zusammenhänge. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 36, S. 1.

Straßer, *Vera*, Geschlecht und Persönlichkeit. Ztschr. f. Individualpsychol. Bd. 1, S. 227.

. *Straßer*, *Vera* (Zürich), Massenpsychologie und Individualpsychologie. Ztschr. f. Individualpsychol. Bd. 1, S. 156.

. *Stumpf*, *C.*, Apologie der Gefühlsempfindungen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 75.

2. *Stumpf*, *C.*, Binaurale Tonmischung, Mehrheitsschwelle und Mitteltonbildung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 75, S. 330.

3. *Stumpf*, *C.*, Verlust der Gefühlsempfindungen im Tongebiete. Ztschr. f. Psychol. Bd. 75, S. 39.

84. *Swindle, P. E.*, Über mechanische Bewegungen[...]
Menschen. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 50, S. [...]

85. *Thorndike, Edward*, Notes on practice, improvab[...]
curve of work. Americ. Journ. of Psychol. vol. [...]

86. *Todd, Arthur*, Primitive notions of the "Self". Ameri[...]
Psychol. vol. 27, p. 171.

87. *Titchener, E. B.*, A note on the compensation of [...]
Journ. of Psychol. vol. 27, p. 435.

88. *Topciu, Trajan*, Aufeinanderfolge zweier einfacher [...]
mit rechter und linker Hand bei Variation des Re[...]
Mit 8 Figuren im Text. Psychol. Studien Bd. [...]

89. *Wallis, W. D.*, Is introspection individual or social. [...]
Without? Americ. Journ. of Psychol. vol. 27, p. 57[...]

90. *Watson, John B.*, The place of the conditioned reflex [...]
logy. Psychol. Rev. vol. 23, no. 2, p. 89.

91. *Wells, Frederic Lyman*, On the psychomotor mech[...]
typewriting. Americ. Journ. of Psychol. vol. [...]

92. *Wewe, H.*, Weitere Untersuchungen über den Lichtsin[...]
zidenlarven. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 49, p. 316.

93. *Zelles, Heinrich*, Das Strafrecht in seinen Beziehungen [...]
vidualpsychologie. Ztschr. f. Individualpsychol[...]
S. 145.

94. *Ziehen, Th.* (Wiesbaden), Über die Abhängigkeit der sc[...]
Größe taktiler Empfindungen von der Entfernung [...]
der optischen Einstellung. Ztschr. f. Sinnesphysiol.
H. 2. (S. 202*.)

Von zusammenfassenden Darstellungen sei *Messers* Psych[...] genannt und empfohlen.

Von den Sinneswahrnehmungen behandelt *Henning* (40) der [...] in eingehenden, sorgfältigen Untersuchungen.

Ziehen (94) bringt Untersuchungen über die scheinbare Größe [...] Empfindungen und ihre Abhängigkeit von der Entfernung und der [...] Einstellung.

Frey (26, 27) gibt Berichte über seine Untersuchungen zum Pro[...] Gewichtsschätzung, welche zum Teil schon früher erwähnt worden sin[d].

Studien, die für das Problem des Sehens von Bewegung von Bedeutu[ng], bringt *Pikler* (69).

Die Aufmerksamkeit, und zwar auf dem Gebiet der Hautempfin[dungen], behandelt *Dallenbach* (16).



Fragen aus dem Gebiet der optischen Wahrnehmung, der Gestaltauffassung und des Lesens haben die Arbeiten von *Kutzner* (53), *Ranschburg* (72), *Brugmans* und *Heymans* (11) zum Gegenstand.

Auf dem Gebiet der Gedächtnispsychologie sei eine Arbeit von *Conard* und *Arps* (15) über die Ökonomie des Lernens genannt.

Probleme aus dem Gebiete der Abstraktion und Begriffsbildung hat die Arbeit von *Achenbach* (3) zum Gegenstand.

Das Denken behandelt *Lindworsky* (55) in umfassenden Untersuchungen nach den von *Külpe* und *Bühler* inaugurierten Methoden.

Reaktionsversuche am Federergographen, wie sie *Grundland* (36) behandelt, sind auch für die Pathologie von Interesse.

Von *Freud* sind seine lesenswerten fünf Vorlesungen über Psychoanalyse (25) in dritter Auflage und „Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse" (24) neu herausgekommen.



Alphabetisches Inhaltsverzeichnis des Lite[illegible]
berichtes.

(Die Zahlen mit einem Sternchen (*) bedeuten die Seiten des [illegible] berichtes, die Zahlen ohne Stern die Nummern der angeführten [illegible] lichungen.)

---

1. Sachregister.





---

2. Autorenregister.



